



Autorizaciones Previas 2025 *(Lista de Autorizaciones Previas)*

POR FAVOR LEA DETALLADAMENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LAS AUTORIZACIONES PREVIAS DE MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.

Aviso para los Miembros existentes: Los beneficiarios deben recurrir a farmacias de la red para acceder al beneficio de medicamentos recetados. Los Beneficios, la Lista de Medicamentos Cubiertos, la red de farmacias y de proveedores, así como los copagos podrían cambiar ocasionalmente a lo largo del año y el 1 de enero de cada año.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un Plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille y/o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, and/or audio. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電1-877-273-IEHP (4347) 與IEHP DualChoice會員服務處聯絡。服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。電話服務免費。

Quý vị có thể tải miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc tệp âm thanh. Hãy gọi Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

ABELCET

Productos Afectados

- ABELCET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ABILIFY MAINTENA

Productos Afectados

- ABILIFY ASIMTUFI
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2
ML
- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
- SUSPENSION,EXTENDED REL
RECON 300 MG, 400 MG
- ABILIFY MAINTENA
INTRAMUSCULAR
SUSPENSION,EXTENDED REL
SYRING

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Historia documentada de consumo de aripiprazole oral sin presentar efectos secundarios significativos desde el punto de vista clínico. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ACITRETIN

Productos Afectados

- *acitretin*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol, cyclosporine, fluocinonide, methotrexate, o Tazorac. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ACTIMMUNE

Productos Afectados

- ACTIMMUNE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Endocrinólogo, Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Inmunólogo, Oncólogo, Ortopedista, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ADEFOVIR

Productos Afectados

- *adefovir*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ADHD

Productos Afectados

- *dexmethylphenidate oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70*
- *methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 50-50*
- *methylphenidate hcl oral solution*
- *methylphenidate hcl oral tablet*
- *methylphenidate hcl oral tablet extended release*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AIMOVIG

Productos Afectados

- AIMOVIG AUTOINJECTOR

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo, Especialista en Dolor de Cabeza, Especialista en Dolor. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: divalproex, valproic acid, o topiramate e ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: metoprolol, timolol, propranolol. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ALOSETRON

Productos Afectados

- *alose tron*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Síndrome del intestino irritable con diarrea: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AMBISOME

Productos Afectados

- AMBISOME
- *amphotericin b liposome*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Amphotericin B conventional. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AMITRIPTYLINE

Productos Afectados

- *amitriptyline*
- *amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg*
- *perphenazine-amitriptyline*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AMOXAPINE

Productos Afectados

- *amoxapine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AMPHOTERICIN B

Productos Afectados

- *amphotericin b*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ANTICONVULSANTS 1

Productos Afectados

- APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG
- EPIDIOLEX
- FYCOMPA ORAL SUSPENSION
- FYCOMPA ORAL TABLET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ANTICONVULSANTS 2

Productos Afectados

- *clobazam oral suspension*
- *clobazam oral tablet*
- DIACOMIT
- FINTEPLA
- MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Clobazam, Fenfluramine, o Stiripentol: Debe utilizarse como tratamiento complementario de las convulsiones. Lacosamide: Para convulsiones parciales: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: carbamazepine, divalproex, felbamate, gabapentin, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide. Para convulsiones tónico-clónicas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de dos de los siguientes: lamotrigine, levetiracetam, phenytoin, o topiramate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ANTINEOPLASTIC

Productos Afectados

- *abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg*
- AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG
- AKEEGA
- ALECENSA
- ALUNBRIG
- AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG
- AYWAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG
- BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG
- BESREMI
- BOSULIF
- BRAFTOVI
- BRUKINSA
- CABOMETYX
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)
- CAPRELSA
- COMETRIQ
- COPIKTRA
- COTELLIC
- *dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*
- DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG
- ERIVEDGE
- ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG
- *erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet*
- *everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg*
- EXKIVITY
- FOTIVDA
- FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG
- GAVRETO
- *gefitinib*
- GILOTRIF
- GLEOSTINE
- IBRANCE
- ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG
- IDHIFA
- *imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg*
- IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA ORAL SUSPENSION
- IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG
- INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG
- INQOVI
- INREBIC
- IRESSA
- ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG
- IWILFIN
- JAKAFI
- JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG
- KISQALI FEMARA CO-PACK
- KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)
- KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG
- KRAZATI
- *lapatinib*
- LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG
- *lenalidomide*
- 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)
- LONSURF
- LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG

- LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG
- LYNPARZA
- LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)
- MATULANE
- MEKINIST ORAL RECON SOLN
- MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG
- MEKTOVI
- NERLYNX
- NEXAVAR
- NINLARO
- NUBEQA
- ODOMZO
- OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 50 MG
- OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION
- OJEMDA ORAL TABLET
- OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG
- ONUREG
- ORGOVYX
- ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG
- PANRETIN
- *pazopanib*
- PEMAZYRE
- PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)
- POMALYST
- PURIXAN
- QINLOCK
- RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG
- RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG
- REVLIMID
- REZLIDHIA
- ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG
- ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET
- RUBRACA
- RYDAPT
- SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20 MG, 40 MG
- *sorafenib*
- SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
- STIVARGA
- *sunitinib malate*
- SUTENT
- TABLOID
- TABRECTA
- TAFINLAR
- TAGRISSO
- TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG
- TASIGNA
- TAZVERIK
- TEPMETKO
- THALOMID
- TIBSOVO
- *torpenz*
- TRUQAP
- TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG
- TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG
- VANFLYTA
- VENCLEXTA
- VENCLEXTA STARTING PACK
- VERZENIO
- VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI ORAL SOLUTION
- VIZIMPRO
- VONJO
- VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG
- VOTRIENT
- WELIREG
- XALKORI ORAL CAPSULE

- XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG
- XERMELO
- XOSPATA
- XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)
- XTANDI
- YONSA
- ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG
- ZELBORAF
- ZOLINZA
- ZYDELIG
- ZYKADIA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

APREPITANT

Productos Afectados

- *aprepitant*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | 6 meses. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de una de las alternativas de un antagonista de 5-HT ₃ de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativas: ondansetron o granisetron excepto cuando el miembro está recibiendo quimioterapia. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ARCALYST

Productos Afectados

- ARCALYST

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Al mismo tiempo, tomar cualquier agente bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) como Enbrel, Humira, o Remicade. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ARIKAYCE

Productos Afectados

- ARIKAYCE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación: cultivos de esputo positivo después de un mínimo de 6 meses consecutivos de tratamiento con un régimen de base de múltiples fármacos. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ARMODAFINIL

Productos Afectados

- *armodafinil*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ATOVAQUONE

Productos Afectados

- *atovaquone*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Neumonía por Pneumocystis: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AUBAGIO

Productos Afectados

- AUBAGIO
- *teriflunomide*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AUSTEDO

Productos Afectados

- AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6 MG, 9 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante con un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales en pacientes con enfermedad de Huntington. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo, Psiquiatra. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Corea (Enfermedad de Huntington): Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tetrabenazine. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

AUVELITY

Productos Afectados

- AUVELITY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

BRONCHITOL

Productos Afectados

- BRONCHITOL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Nuevo: Documentación de que el paciente ha superado el Test de Tolerancia al BRONQUITOL (BTT). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos (mejora en la función pulmonar determinada por el cambio en el FEV1). |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CASPOFUNGIN

Productos Afectados

- *caspofungin*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CIMZIA

Productos Afectados

- CIMZIA
- CIMZIA POWDER FOR RECONST

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Reumatólogo, Dermatólogo o Gastroenterólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Artritis Reumatoide: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR. Enfermedad de Crohn: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Stelara, o Skyrizi. Artritis Psoriásica: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel, Humira, Stelara, Xeljanz IR/XR, Rinvoq, o Skyrizi. Espondiloartritis Anquilosante: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR. Espondiloartritis Axial No Radiográfica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Cosentyx. Psoriasis en Placas: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones</p> |

| | |
|---|--|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| | adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Stelara, Enbrel, o Skyrizi. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CLOMIPRAMINE

Productos Afectados

- *clomipramine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Cualquiera de los siguientes: uso concomitante de un IMAO, o uso dentro de los 14 días posteriores a la interrupción de un IMAO, o uso concomitante de linezolid, o uso concomitante de azul de metileno intravenoso, o uso durante el período de recuperación aguda después de un infarto de miocardio. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Trastorno Obsesivo Compulsivo: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluoxetine, fluvoxamine, o sertraline. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CONSTIPATION AGENTS

Productos Afectados

- MOVANTIK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose o polyethylene glycol. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CORLANOR

Productos Afectados

- CORLANOR ORAL SOLUTION • *ivabradine*
- CORLANOR ORAL TABLET

| | |
|---|--|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | <p>Insuficiencia cardíaca en pacientes adultos: Insuficiencia cardíaca documentada de clase II a IV de acuerdo con New York Association (NYHA) documentada con una fracción de eyección inferior o igual al 35% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 70 latidos por minuto (<i>beats per minute, bpm</i>). Documentación que indica que el paciente está tomando la dosis máxima tolerada de un betabloqueante o tiene un historial de intolerancia, contraindicación o hipersensibilidad a un betabloqueante documentada. Uso concomitante documentado con un inhibidor de la de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE) o un bloqueador de los receptores de la angiotensina (ARB), a menos que estos no se toleren o estén contraindicados.</p> <p>Insuficiencia cardíaca en pacientes pediátricos: Insuficiencia cardíaca de clase II a IV de acuerdo con NYHA/Ross documentada con una fracción de eyección menor o igual al 45% y ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca en reposo mayor o igual a 105 bpm en el subconjunto de edad de 6 - 12 meses, mayor o igual a 95 bmp en el subconjunto de edad de 1 - 3 años, mayor o igual a 75 bmp en el subconjunto de edad de 3 - 5 años, mayor o igual a 70 bmp en el subconjunto de edad de 5 - 18 años.</p> |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Cardiólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |

| | |
|---|---|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

COSENTYX

Productos Afectados

- COSENTYX (2 SYRINGES)
- COSENTYX PEN (2 PENS)
- COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Espondiloartritis Anquilosante: Para adultos, ineficacia en ambas de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Enbrel y Humira. Artritis Psoriásica: Para adultos, ineficacia en ambas de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dicha alternativa: Enbrel y Humira. Psoriasis en Placas: Para adultos, ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira, Enbrel, o Skyrizi. Espondiloartritis Axial No Radiográfica: Ineficacia o reacciones adversas significativas a un medicamento antiinflamatorio no esteroide AINE (NSAID) o tiene intolerancia o contraindicación a los AINE (NSAID). |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

CYCLOBENZAPRINE

Productos Afectados

- *cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo ese beneficio supera el riesgo potencial. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DALFAMPRIDINE

Productos Afectados

- *dalfampridine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Insuficiencia renal moderada o grave (CrCL 50 ml/min o menos). |
| Información Médica Requerida | Simultáneamente con un agente modificador de la enfermedad para la esclerosis múltiple. Documentación de dificultad para caminar (como una prueba de caminata de 25 pies cronometrada: el paciente debe poder caminar 25 pies de 8-45 segundos). Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DALIRESP

Productos Afectados

- DALIRESP
- *roflumilast*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Insuficiencia hepática, moderada a grave (Child-Pugh B o C). |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ya sea Wixela o Fluticasone/Salmeterol, Anoro Ellipta, Serevent, Spiriva o Tudorza. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DEFERASIROX

Productos Afectados

- *deferasirox oral tablet, dispersible*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DESIPRAMINE

Productos Afectados

- *desipramine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DIAZEPAM SOLUTION

Productos Afectados

- *diazepam intensol*
- *diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de dificultad o incapacidad para tragar. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DIMETHYL FUMARATE

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DISOPYRAMIDE

Productos Afectados

- *disopyramide phosphate oral capsule*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Arritmia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acebutolol, flecainide, mexiletine, propafenone, quinidine, o sotalol. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DOXEPIIN

Productos Afectados

- *doxepin oral capsule*
- *doxepin oral concentrate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Para las dosis promedio diarias de doxepin mayores de 6 mg: Ansiedad: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DRIZALMA

Productos Afectados

- DRIZALMA SPRINKLE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de dificultad o incapacidad para tragar una cápsula intacta o ineficacia a las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DRONABINOL

Productos Afectados

- *dronabinol*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, metoclopramide, ondansetron, o prochlorperazine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DROXIDOPA

Productos Afectados

- *droxidopa*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

DUPIXENT

Productos Afectados

- DUPIXENT PEN
- DUPIXENT SYRINGE
SUBCUTANEOUS SYRINGE 200
MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Inicial: asma eosinofílica: nivel de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcl en los últimos 12 meses. Esofagitis eosinofílica: diagnóstico confirmado por esofagogastroduodenoscopia con biopsia. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Inicial: Dermatitis atópica, prurigo nodular: prescrito por un dermatólogo, alergólogo o inmunólogo o en consulta con alguno de estos especialistas. Asma: prescrito por un médico especializado en alergias o medicina pulmonar o en consulta con alguno de estos especialistas. Rinosinusitis crónica con poliposis nasal: prescrito por un otorrinolaringólogo, alergólogo o inmunólogo o en consulta con alguno de estos especialistas. Esofagitis eosinofílica: prescrito por un gastroenterólogo, alergólogo o inmunólogo o en consulta con alguno de estos especialistas. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Inicial: Dermatitis atópica: 1) Dermatitis atópica que cubre al menos el 10 por ciento de la superficie corporal o dermatitis atópica que afecta la cara, la cabeza, el cuello, las manos, los pies, la ingle o las áreas intertriginosas, 2) prurito intratable o agrietamiento/supuración/sangrado de la piel afectada, 3) prueba o contraindicación de un tópico (corticosteroide o inhibidor de la calcineurina) y 4) sin uso concurrente con otro biológico sistémico/inhibidor de JAK para la dermatitis atópica. Asma: 1) terapia concurrente con una dosis media, alta o máxima tolerada de un corticosteroide inhalado (ICS) y otro medicamento de |

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| | <p>mantenimiento, 2) una exacerbación del asma que requiera una ráfaga de corticosteroides sistémicos que dure 3 días o más en los últimos 12 meses, o una exacerbación grave que requiera hospitalización o visita a la sala de emergencias en los últimos 12 meses, o control deficiente de los síntomas a pesar de la terapia actual evidenciado por al menos tres de los siguientes en las últimas 4 semanas: síntomas de asma diurnos más de dos veces por semana, cualquier despertar nocturno debido al asma, agonista beta de acción corta (SABA) alivia los síntomas más de dos veces por semana, cualquier limitación de la actividad debido al asma, y 3) ningún uso concurrente con Xolair u otros productos biológicos anti-IL5 cuando se usan para el asma. Rinosinusitis crónica con poliposis nasal: 1) evidencia de pólipos nasales por examen directo, endoscopia o tomografía computarizada de los senos nasales, 2) enfermedad inadecuadamente controlada según lo determinado por el uso de esteroides sistémicos en los últimos 2 años o cirugía endoscópica de los senos nasales, y 3) prueba de un corticosteroide nasal tópico. Prurigo nodular: 1) prurito crónico (picazón durante más de 6 semanas), lesiones pruriginosas múltiples y antecedentes o signos de un comportamiento de rascado prolongado, 2) prueba o contraindicación de un corticosteroide tópico (corticosteroide o calcipotriene). Renovación: Dermatitis atópica: 1) mejoría durante la terapia y 2) sin uso concurrente con otro inhibidor de JAK/biológico sistémico para la dermatitis atópica. Rinosinusitis crónica con poliposis nasal, esofagitis eosinofílica: mejoría durante la terapia. Asma: 1) no uso concurrente con Xolair u otros agentes biológicos anti-IL5 para el asma, 2) uso continuo de ICS y otro medicamento de mantenimiento, y 3) respuesta clínica evidenciada por: (a) reducción en las exacerbaciones del asma desde el inicio, (b) disminución en la utilización de medicamentos de rescate, (c) aumento en el porcentaje previsto de FEV1 desde el inicio del tratamiento, o (d) reducción en la gravedad o frecuencia de los síntomas relacionados con el asma. Prurigo nodular: mejoría o reducción del prurito o lesiones pruriginosas.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ELIGARD

Productos Afectados

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MONTH)
- ELIGARD (4 MONTH)
- ELIGARD (6 MONTH)

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo, Urólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

EMSAM

Productos Afectados

- EMSAM

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante con otros fármacos serotoninérgicos (es decir SSRIs, SNRIs, TCAs). |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: phenelzine y tranylcypromine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ENBREL

Productos Afectados

- ENBREL MINI
- ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION
- ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE
- ENBREL SURECLICK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondiloartritis Anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en Placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de uno de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ENDARI

Productos Afectados

- ENDARI
- *glutamine (sickle cell)*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ESBRIET

Productos Afectados

- ESBRIET ORAL CAPSULE
- ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG
- *pirfenidone oral capsule*
- *pirfenidone oral tablet 267 mg, 534 mg, 801 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | <p>Autorización inicial: Diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática confirmado por la presencia de neumonía intersticial habitual en tomografía computarizada de alta resolución (<i>High Resolution Computed Tomography, HRCT</i>) y/o biopsia pulmonar quirúrgica. Documentación de las pruebas de función hepática, documentación de la línea base de la capacidad vital forzada (<i>Forced Vial Capacity, FVC</i>) mayor o igual al 50 por ciento del valor predicho Y documentación del porcentaje de capacidad de difusión pronosticada de los pulmones para el monóxido de carbono (% DLCO) mayor o igual al 30 por ciento.</p> |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ESTROGENS

Productos Afectados

- DUAVEE
- *estradiol oral*
- *estradiol transdermal patch weekly*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia Vaginal y Vulvar: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream o Premarin Cream.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

FENTANYL LOZENGE

Productos Afectados

- *fentanyl citrate buccal lozenge on a handle*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | Dolor agudo, intermitente o posquirúrgico. |
| Información Médica Requerida | Documentación de la tolerancia a opioides mediante un tratamiento con opioides las 24 horas del día que consiste en al menos 60 mg de morphine oral al día, al menos 25 mg de fentanyl transdérmico/hora, al menos 30 mg de oxycodone oral al día, al menos 8 mg de hydromorphone oral al día o una dosis equianalgésica de otro opioide al día durante una semana o más para el dolor irruptivo del cáncer. Los pacientes deben seguir tomando opioides las 24 horas del día cuando toman fentanyl de liberación inmediata por vía transmucosa. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Dolor, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

FETZIMA

Productos Afectados

- FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)
- FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

FIRAZYR

Productos Afectados

- *icatibant*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | El diagnóstico de angioedema hereditario (HAE), debe confirmarse mediante un análisis de sangre. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

FIRMAGON

Productos Afectados

- FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo, Urólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GENOTROPIN

Productos Afectados

- GENOTROPIN
- GENOTROPIN MINIQUICK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico. Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p> |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Endocrinólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |

| | |
|---|---|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GEODON SOLUTION

Productos Afectados

- *ziprasidone mesylate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GILENYA

Productos Afectados

- *ingolimod*
- GILENYA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Insuficiencia cardíaca de Clase III o IV, insuficiencia cardíaca descompensada que requiere hospitalización, infarto de miocardio, derrame cerebral, accidente isquémico transitorio o angina de pecho inestable dentro de los últimos seis meses. Uso concomitante de antiarrítmicos de Clase Ia o Clase III. Bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado tipo Mobitz II o síndrome de disfunción sinusal, a menos que el paciente tenga un marcapasos funcional. Intervalo QT a un valor de referencia de 500 ms o más. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Para adultos: ineficacia o reacciones adversas clínicamente significativas de Aubagio y glatiramer. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GLATIRAMER

Productos Afectados

- *glatiramer*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GLATOPA

Productos Afectados

- *glatopa*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GLP1

Productos Afectados

- MOUNJARO
 - 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)
- RYBELSUS
 - TRULICITY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN 2) o antecedentes personales o familiares de carcinoma medular de tiroides (CMT), tratamiento para la obesidad o pérdida de peso únicamente y uso concurrente con inhibidores de DPP4. |
| Información Médica Requerida | Para el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 el paciente tiene prueba e ineficiencia, contraindicación o intolerancia a la metformin o cualquier producto de combinación de metformin. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia farmacológica (reducción de la HbA1C o mantenimiento del nivel de HbA1c). |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GLYBURIDE

Productos Afectados

- *glyburide*
- *glyburide micronized*
- *glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: glipizide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

GUANFACINE

Productos Afectados

- *guanfacine oral tablet*
- *guanfacine oral tablet extended release 24 hr*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Hipertensión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril, o valsartan/hydrochlorothiazide. ADHD: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amphetamine/dextroamphetamine, dexmethylphenidate, dextroamphetamine, o methylphenidate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

HRM ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg*
- *thioridazine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone, o aripiprazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

HUMIRA

Productos Afectados

- HUMIRA PEN
- HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEN
- HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS
- HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis de más del 3% de la superficie corporal o más, o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Gastroenterólogo, Oftalmólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondiloartritis Anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. Enfermedad de Crohn and Ulcerative colitis: Ineficacia de una de |

| | |
|---|--|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| | las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

HUMIRA PEDIATRIC

Productos Afectados

- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER
- HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

IMIPRAMINE

Productos Afectados

- *imipramine hcl*
- *imipramine pamoate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

IMPAVIDO

Productos Afectados

- IMPAVIDO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Mujeres en edad reproductiva: confirmar estado de gestación negativo. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INCRELEX

Productos Afectados

- INCRELEX

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Pacientes pediátricos con neoplasia maligna o antecedentes de malignidad. Utilizar para estimular el crecimiento en pacientes con epífisis cerradas. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Endocrinólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INDOMETHACIN

Productos Afectados

- *indomethacin oral capsule*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, ibuprofen, meloxicam, nabumetone, naproxen, o sulindac. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INGREZZA

Productos Afectados

- INGREZZA
- INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)
- INGREZZA SPRINKLE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo, Psiquiatra. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Corea (Enfermedad de Huntington): Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tetrabenazine. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia con medicamentos. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INSULIN SUPPLIES PAYMENT DETERMINATION

Productos Afectados

- 1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2"
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16
- 1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM
- ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM
- ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16"
- ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2"
- ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
- ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G
- ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
- ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
- ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
- ALCOHOL 70% SWABS
- ALCOHOL PADS
- ALCOHOL PREP SWABS
- ALCOHOL WIPES
- AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM
- AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM
- ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16"
- ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16"
- ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16"
- ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX)
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64"
- ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64"
- BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
- BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE
- BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC)
- BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)
- BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN)
- BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE
- BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"
- BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"
- BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE
- BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE
- BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML
- BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
- BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
- BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G
- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
- BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM

- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
- BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
- BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
- BD SINGLE USE SWAB
- BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G
- BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
- BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G
- BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
- BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G
- BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2)
- BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
- BORDERED GAUZE 2"X2"
- CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
- CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G
- CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G
- CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
- CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G
- CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD
- CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16"
- CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32"
- CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16"
- CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16"
- CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL
- CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE
- CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND
- COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64"
- COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16"
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML
- COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML
- COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT
- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G

- COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"
- COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM
- COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM
- CURAD GAUZE PADS 2" X 2"
- CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM
- CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG
- CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY)
- DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII
- DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY
- DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE
- DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2)
- DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2)
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM
- DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM
- DROPLET MICRON 34G X 9/64"
- DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2"
- DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8"
- DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16"
- DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32"
- DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS

- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM
- DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM
- DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- DRUG MART ULTRA COMFORT SYR
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2"
- EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16"
- EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16"
- EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
- EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16"
- EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32"
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2"
- EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM
- EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G
- EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2"
- EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2"
- EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED
- EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 27GX0.5
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2"
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16
- EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16
- EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2"

- EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4"
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16
- EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM
- EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM
- EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM
- EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML
- EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM
- EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM
- EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE
- EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE
- EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE
- FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC)
- FP INSULIN 1 ML SYRINGE
- FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16
- FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16
- FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16"
- FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16"
- GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "
- GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT
- GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR
- GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16"
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
- HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G
- HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS

- INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
- INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
- INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
- INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
- INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER (OTC)
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4
- INSULIN SYRINGE 1 ML
- INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER
- INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2" INNER (RX)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC)
- INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"
- INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE
- INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE
- INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE
- INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE
- INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16"
- INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM
- INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM
- IV ANTISEPTIC WIPES
- KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
- LISCO SPONGES 100/BAG
- LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE
- LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR
- LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G
- LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G
- LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2"
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16"
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
- MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML
- MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML
- MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2"
- MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM
- MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2"
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
- MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM
- MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER
- MINI PEN NEEDLE 32G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 5MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 6MM
- MINI PEN NEEDLE 32G 8MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 4MM
- MINI PEN NEEDLE 33G 5MM

- MINI PEN NEEDLE 33G 6MM
- MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE
- MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2"
- MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC)
- MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML
- MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR U-100
- MONOJECT SYRINGE 0.3 ML
- MONOJECT SYRINGE 0.5 ML
- MONOJECT SYRINGE 1 ML
- NOVOFINE 30
- NOVOFINE 32G NEEDLES
- NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"
- NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM
- PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT
- PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER
- PEN NEEDLE 30G 8MM INNER
- PEN NEEDLE 30G X 5/16"
- PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"
- PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL
- PEN NEEDLES 4MM 32G
- PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL
- PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC)
- PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM
- PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"
- PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM
- PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM
- PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4"
- PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16"
- PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4"
- PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G
- PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G
- PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2"
- PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16"
- PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16"
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM

- PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM
- RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM
- RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR
- RELI-ON INSULIN 1 ML SYR
- RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"
- RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL
- RELION NEEDLES
- RELION PEN NEEDLES
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10
- SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM
- SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G
- SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"
- SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER
- SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER
- SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
- SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
- SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2)
- STERILE PADS 2" X 2"
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 1 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
- SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE
- SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
- SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS
- SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4"
- SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM
- SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
- SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM
- SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML
- SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
- SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
- SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
- TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2)
- TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM

- TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM
- TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2"
- TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16"
- TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM
- TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML
- TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML
- TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML
- THINPRO INS SYRIN U100-1 ML
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4"
- TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16"
- TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16"
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
- TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS
- TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM
- TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16"
- TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS
- TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4"
- TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2"
- TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16"

- TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2)
- ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4"
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
- ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
- ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2"
- ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G
- ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM
- ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
- ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
- ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
- ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
- ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL
- ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16"
- ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM
- ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE 0.5 ML 30G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM
- ULTILET ALCOHOL STERL SWAB
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML
- ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML
- ULTILET PEN NEEDLE
- ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G
- ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G
- ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
- ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2)
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
- ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16"
- ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2"
- ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM
- ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16"
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G
- ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G
- ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2"
- ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16"

- ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2"
- ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32"
- ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32"
- UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM
- UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL
- UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI
- UNIFINE PENTIPS 32GX1/4"
- UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO
- UNIFINE PENTIPS 33GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS 6MM 31G
- UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G
- UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT
- UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32"
- UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32"
- UNIFINE PROTECT 30G 5MM
- UNIFINE PROTECT 30G 8MM
- UNIFINE PROTECT 32G 4MM
- UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16"
- UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16"
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM
- UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM
- UNIFINE ULTRA PEN ND 31G 5MM
- UNIFINE ULTRA PEN ND 31G 6MM
- UNIFINE ULTRA PEN ND 31G 8MM
- UNIFINE ULTRA PEN ND 32G 4MM
- VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER
- VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16"
- VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR
- VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2"
- VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM
- VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM
- VERIFINE PLUS PEN ND 31G 5MM
- VERIFINE PLUS PEN ND 31G 8MM
- VERIFINE PLUS PEN ND 32G 4MM
- VERIFINE PLUS PEN ND 32G 4MM-SHARPS CONTAINER
- VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2"
- VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16"
- VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16"
- VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY
- WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Criterios de Exclusión | |

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Información Médica Requerida | SÓLO CUBIERTO POR LA PARTE D CUANDO SE USA CONCURRENTEMENTE CON INSULINA. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | DE POR VIDA. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INTERFERON BETA-1A

Productos Afectados

- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML
- PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML
- REBIF (WITH ALBUMIN)
- REBIF REBIDOSE
- REBIF TITRATION PACK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INVEGA HAFYERA

Productos Afectados

- INVEGA HAFYERA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INVEGA SUSTENNA

Productos Afectados

- INVEGA SUSTENNA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

INVEGA TRINZA

Productos Afectados

- INVEGA TRINZA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral paliperidone e Invega Sustenna. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ITRACONAZOLE

Productos Afectados

- *itraconazole oral solution*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

JYLAMVO

Productos Afectados

- JYLAMVO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo, Dermatólogo, Hematólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

KALYDECO

Productos Afectados

- KALYDECO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de una mutación en el gen regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) que responde al ivacaftor. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

KERENDIA

Productos Afectados

- KERENDIA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante con un inhibidor potente de CYP3A4 o diagnóstico de insuficiencia suprarrenal. |
| Información Médica Requerida | Análisis de laboratorio en los últimos 30 días que documenten un nivel de potasio sérico inferior o igual a 5,0 mEq/L, una tasa de filtración glomerular estimada de al menos 25 ml/min/1,73 m ² y una proporción de albúmina a creatinina en orina (UACR) de al menos 30 mg/g (2) Recibir terapia simultánea con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (inhibidor de la ECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARB) a la dosis máxima tolerada indicada en la etiqueta, a menos que esté contraindicado (3) justificación médica de que un cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) (Jardiance, Invokana, Farxiga, Steglatro) Y un antagonista de los receptores de mineralocorticoides esteroideos (espironolactona, eplerenona) se probaron y hubo ineficacia, están contraindicados o no serían médicamente apropiados para el paciente. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

KINERET

Productos Afectados

- KINERET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Reumatoide: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Enbrel, Humira, Rinvoq, o Xeljanz IR/XR. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

KORLYM

Productos Afectados

- KORLYM
- *mifepristone oral tablet 300 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante de simvastatin, lovastatin y sustratos de CYP3A con intervalos terapéuticos estrechos (p. ej., cyclosporine, fentanyl, sirolimus, etc.). Antecedentes de sangrado vaginal sin explicación o hiperplasia endometrial atípica o carcinoma endometrial. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos Afectados

- *ledipasvir-sofosbuvir*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un RNA del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento, según lo definen las normas actuales de AASLD. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | La duración se aplicará de acuerdo con la guía actual de AASLD/IDSA. |
| Otros Criterios | Hepatitis C: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sofosbuvir-velpatasvir (genérico Epclusa). |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LEUKINE

Productos Afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Leucemia mieloide con exceso de blastocitos en la médula ósea o sangre periférica igual o superior al 10%. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | 3 meses. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LEUPROLIDE ACETATE

Productos Afectados

- *leuprolide (3 month)*
- *leuprolide subcutaneous kit*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo, Urólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LEVALBUTEROL

Productos Afectados

- *levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: albuterol inhalant solution. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LIDOCAINE PATCH

Productos Afectados

- *lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Diagnóstico de uno de los siguientes: Dolor asociado con neuropatía diabética, dolor asociado con neuropatía relacionada con el cáncer, neuralgia posherpética, dolor de espalda crónico u osteoartritis de rodilla o cadera. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LIVTENCITY

Productos Afectados

- LIVTENCITY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Nuevo: Documentación de que el paciente es refractario a la terapia previa con ganciclovir, valganciclovir, cidofovir o foscarnet. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LUPRON DEPOT

Productos Afectados

- LUPRON DEPOT
- LUPRON DEPOT (3 MONTH)
- LUPRON DEPOT (4 MONTH)
- LUPRON DEPOT (6 MONTH)

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Endometriosis: La paciente se ha sometido a una extirpación quirúrgica para prevenir la recurrencia, o bien, tiene un historial de ineficacia o contraindicación de los anticonceptivos orales o intolerancia a estos. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

LYRICA

Productos Afectados

- *pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg*
- *pregabalin oral solution*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Neuralgia postherpética: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: gabapentin. Neuropatía diabética: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine y gabapentin. Fibromialgia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: duloxetine, gabapentin o Savella. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

MEGESTROL

Productos Afectados

- *megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)*
- *megestrol oral tablet*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Caquexia asociada con el SIDA: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dronabinol y oxandrolone. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

MEPROBAMATE

Productos Afectados

- *meprobamate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de al menos dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: buspirone, duloxetine, escitalopram, o venlafaxine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

METHOCARBAMOL

Productos Afectados

- *methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Documentación que explique el beneficio específico establecido con el medicamento y cómo ese beneficio supera el riesgo potencial. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

METHYLDOPA/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Productos Afectados

- *methyldopa-hydrochlorothiazide*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benazepril, fosinopril, hydrochlorothiazide, irbesartan, lisinopril, losartan, losartan/hydrochlorothiazide, lisinopril/hydrochlorothiazide, quinapril/hydrochlorothiazide, quinapril, ramipril, o valsartan/hydrochlorothiazide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

METYROSINE

Productos Afectados

- *metirosine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Hipertensión esencial. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

MODAFINIL

Productos Afectados

- *modafinil*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Narcolepsia: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine y methylphenidate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

NAYZILAM

Productos Afectados

- LIBERVANT
- NAYZILAM

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

NIVESTYM

Productos Afectados

- NIVESTYM INJECTION

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

NUCALA

Productos Afectados

- NUCALA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Alergista, Inmunólogo, Neumólogo, Reumatólogo, Hematólogo u Otorrinolaringólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Asma: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: 1) budesonide, Flovent, Arnuity Ellipta o Qvar y 2) fluticasone-salmeterol, Wixela, o Breo Ellipta. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

NUEDEXTA

Productos Afectados

- NUEDEXTA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

NUPLAZID

Productos Afectados

- NUPLAZID

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OCTREOTIDE

Productos Afectados

- *octreotide acetate injection solution*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OFEV

Productos Afectados

- OFEV

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Insuficiencia hepática moderada o grave (Child-Pugh B o C). |
| Información Médica Requerida | Autorización inicial: Documentación de pruebas de función hepática. Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia y documentación de pruebas de función hepática. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OLANZAPINE ODT

Productos Afectados

- *olanzapine oral tablet, disintegrating*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de dificultad o incapacidad para tragar o ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral olanzapine. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OLANZAPINE SOLUTION

Productos Afectados

- *olanzapine intramuscular*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OMNITROPE

Productos Afectados

- OMNITROPE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | <p>Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (inicial): diagnóstico confirmado como resultado de diagnóstico anterior de deficiencia de la hormona de crecimiento (GHD) de inicio en la niñez o GHD de inicio en el adulto con documentación de deficiencia hormonal debido a enfermedad hipotalámico-hipofisiaria por causas orgánicas o conocidas (p. ej., daño por cirugía, irradiación craneal, traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea) y documentación de una prueba de estimulación de la hormona de crecimiento (p. ej., prueba de tolerancia a la insulina [ITT], arginine/GHRH, glucagon, arginine) para confirmar la GHD del adulto con los valores máximos de GH correspondientes ([ITT de 5 mcg/L o menos], [GHRH+ARG de 11 mcg/L o menos si el índice de masa corporal (IMC) es inferior a 25 kg/m², de 8 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 25 e inferior a 30 kg/m², o de 4 mcg/L o menos si el IMC es igual o superior a 30 kg/m²], [glucagon de 3 mcg/L o menos], [Arg de 0.4 mcg/L o menos]) o deficiencia documentada de tres hormonas de la hipófisis anterior (prolactina, ACTH, TSH, FSH/LH) y el nivel de IFG-1/somatomedin C es inferior al rango normal ajustado a la edad y al sexo según lo indicado por un análisis de laboratorio del médico. Deficiencia de la hormona de crecimiento del adulto (AGHD) (reautorización): Documentación de experiencia positiva por parte del paciente.</p> |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Endocrinólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |

| | |
|---|---|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ORAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectados

- *asenapine maleate*
- CAPLYTA
- COBENFY
- COBENFY STARTER PACK
- FANAPT
- LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG
- *lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg*
- VRAYLAR ORAL CAPSULE
- VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ORENCIA

Productos Afectados

- ORENCIA CLICKJECT
- ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Reumatólogo, Especialista en Trasplantes. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ORKAMBI

Productos Afectados

- ORKAMBI

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de la mutación homocigota F508del en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR). |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OTEZLA

Productos Afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis de más del 2% de la superficie corporal o más, o que afecta zonas importantes del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OXBRYTA

Productos Afectados

- OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500 MG
- OXBRYTA ORAL TABLET FOR SUSPENSION

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de al menos 1 episodio de crisis vaso-oclusiva (<i>Vaso-occlusive Crisis, VOC</i>) en los últimos 12 meses. Hemoglobina (Hgb) mayor o igual a 5.5 y menor o igual a 10.5 g/dL. Reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OXERVATE

Productos Afectados

- OXERVATE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Diagnóstico de queratitis neurotrófica en estadio 2 o 3. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oftalmólogo. |
| Duración de la Cobertura | 8 semanas. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

OXTELLAR

Productos Afectados

- oxcarbazepine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg, 600 mg
- OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG, 600 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia o efectos adversos clínicamente significativos de la oxcarbazepine de liberación inmediata. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PAH

Productos Afectados

- *ambrisentan*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Cardiólogo, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: sildenafil o tadalafil. Aprobar si se combina con tadalafil para pacientes con HAP sin tratamiento previo con FC II y III de la OMS. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PARATHYROID HORMONE ANALOGS

Productos Afectados

- *teriparatide subcutaneous pen injector* • TYMLOS
20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Puntaje T de densidad mineral ósea (<i>Bone Mineral Density, BMD</i>) de -3.5 o menos según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) O BMD T- puntaje entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD mayor que -3.5 y menor o igual a -2.5) según las mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cadera (cuello femoral, cadera total) o radio (sitio de un tercio del radio) y antecedentes de fracturas. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid o risedronate. Se requiere justificación médica para la duración del tratamiento más allá de 24 meses. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PDE5 INHIBITORS

Productos Afectados

- *alyq*
- *sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet*
- *tadalafil (pulm. hypertension)*
- TADLIQ

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante de nitratos e inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5). |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Cardiólogo, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PEGFILGRASTIM

Productos Afectados

- FULPHILA
- UDENYCA
- UDENYCA AUTOINJECTOR
- UDENYCA ONBODY
- ZIEXTENZO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Nivestym y Zarxio. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PHENOBARBITAL

Productos Afectados

- *phenobarbital*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Anticonvulsivo: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, o zonisamide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PIMECROLIMUS

Productos Afectados

- *pimecrolimus*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone o fluocinonide and Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: tacrolimus ointment. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

POSACONAZOLE

Productos Afectados

- NOXAFIL ORAL SUSPENSION
- *posaconazole oral*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: fluconazole, itraconazole, o voriconazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PRADAXA PELLETT

Productos Afectados

- PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Pacientes pediátricos de 3 meses a menos de 12 años. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PREMARIN TABLETS

Productos Afectados

- PREMARIN ORAL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia Vaginal y Vulvar: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch o estradiol tablet. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PREMPRO TABLETS

Productos Afectados

- PREMPRO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Profilaxis de osteoporosis posmenopáusica: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid y risedronate. Atrofia Vaginal y Vulvar: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol cream. Otras indicaciones: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: estradiol transdermal patch o estradiol tablet.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PREVYMIS

Productos Afectados

- PREVYMIS ORAL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROCRIT

Productos Afectados

- PROCRIT

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | Hipertensión no controlada. |
| Información Médica Requerida | Para la anemia causada por enfermedad renal crónica: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y documentación de saturación de transferrina superior o igual al 20% y ferritina superior o igual a 100 ng/mL. Para la anemia causada por quimioterapia: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones de la FDA en relación con procedimientos quirúrgicos: La hemoglobina (Hgb) es de 10 g/dL-13 g/dL, el paciente no es candidato para una autodonación de sangre y se prevé una pérdida significativa de sangre a causa de una cirugía programada, no cardíaca o no vascular. Inducida por zidovudine: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11g/dL. Síndrome mielodisplásico: La hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/mL. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROLASTIN C

Productos Afectados

- PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Evidencia clínica de enfisema. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Niveles séricos de alfa-1 antitripsina (AAT) previos al tratamiento inferiores a 11 micromol/l (80 mg/dl por inmunodifusión radial o 50 mg/dl por nefelometría). |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROLIA

Productos Afectados

- PROLIA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de la densidad mineral ósea (<i>Bone Mineral Density, BMD</i>) puntaje T de densidad mineral ósea (BMD) de -3.5 o menos basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio), O BIEN, puntaje T de BMD entre -2.5 y -3.5 (puntaje T de BMD superior a -3.5 e inferior o igual a -2.5) basado en mediciones de BMD de la columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), la cadera (cuello del fémur, cadera total) o el radio (tercio distal del radio) y antecedentes de fracturas. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: alendronic acid and risedronate. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROMACTA

Productos Afectados

- PROMACTA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de recuento de plaquetas. Trombocitopenia en infección por hepatitis C: Documentación de tratamiento concomitante o planeado de la hepatitis C crónica con interferón. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Hematólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Trombocitopenia crónica inmune (idiopática):: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dexamethasone, methylprednisolone, prednisolone o prednisone. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROMETHAZINE

Productos Afectados

- *promethazine oral*
- *promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg*
- *promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Alergia: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: cetirizine y levocetirizine. Náuseas y vómitos: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chlorpromazine, granisetron, ondansetron, o prochlorperazine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PROTRIPTYLINE

Productos Afectados

- *protriptyline*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

PYRIMETHAMINE

Productos Afectados

- *pyrimethamine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Anemia por deficiencia de folato. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo, Especialista en VIH, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo, Especialista en Trasplantes. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Profilaxis primaria de encefalitis toxoplásmica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: trimethoprim/sulfamethoxazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

QUININE

Productos Afectados

- *quinine sulfate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Prevención o tratamiento de calambres nocturnos en las piernas. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | 10 días. |
| Otros Criterios | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: chloroquine o hydroxychloroquine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

REPATHA

Productos Afectados

- REPATHA PUSHTRONEX
- REPATHA SYRINGE
- REPATHA SURECLICK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | <p>Documentación de los niveles actuales de LDL por encima de 100 mg/dL mientras se toma la terapia con estatinas y la terapia con ezetimiba máximamente tolerada, a menos que sea intolerante o esté contraindicada con la terapia con estatinas o ezetimiba.</p> <p>Prevención secundaria de ASCVD: documentación de al menos una característica de alto riesgo: SCA reciente (en los últimos 12 meses), antecedentes de infarto de miocardio, antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico o enfermedad arterial periférica sintomática (antecedentes de claudicación con ABI mayor de 0,85 o anterior revascularización o amputación).</p> <p>Hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) o hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH): documentación para confirmar el diagnóstico mediante pruebas genéticas o por criterios clínicos (como Simon Broome o los criterios de la Red de Clínicas de lípidos holandeses, o antecedentes de LDL-C no tratada mayor de 180 mg/dL junto con xantoma o córnea), o evidencia de hipercolesterolemia familiar en familiares de primer o segundo grado.</p> |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Cardiólogo, Endocrinólogo, Especialista en Lípidos. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

RETACRIT

Productos Afectados

- RETACRIT INJECTION SOLUTION 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | Hipertensión no controlada. |
| Información Médica Requerida | Para la anemia debida a enfermedad renal crónica: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL y la documentación de la saturación de transferrina es mayor o igual al 20% y la ferritina es mayor o igual a 100 ng/ml. Para la anemia debida a la quimioterapia: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 10 g/dL. Para indicaciones quirúrgicas de la FDA: la hemoglobina (Hgb) es 10g/dL-13g / dL y el paciente no es un candidato para la donación de sangre autóloga y se anticipa una pérdida significativa de sangre por cirugía electiva, no cardíaca o no vascular. Inducida por Zidovudina: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL. Síndrome mielodisplásico: la hemoglobina (Hgb) es inferior a 11 g/dL y la eritropoyetina es inferior o igual a 500 mU/ml. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

REXULTI

Productos Afectados

- REXULTI ORAL TABLET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Esquizofrenia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, risperidone, quetiapine, ziprasidone o aripiprazole. Depresión: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, mirtazapine, paroxetine, sertraline, o venlafaxine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

REZUROCK

Productos Afectados

- REZUROCK

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

RINVOQ

Productos Afectados

- RINVOQ LQ
- RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Reumatólogo, Dermatólogo, Gastroenterólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Espondiloartritis Anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac. Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Espondiloartritis Axial No Radiográfica: Ineficacia o reacciones adversas significativas a un medicamento antiinflamatorio no esteroide AINE (NSAID) o tiene intolerancia o contraindicación a los AINE (NSAID). Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de</p> |

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| | <p>vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine. Dermatitis atópica inicial: 1) Dermatitis atópica que cubre al menos el 10 por ciento de la superficie corporal o dermatitis atópica que afecta la cara, la cabeza, el cuello, las manos, los pies, la ingle o las áreas intertriginosas, 2) prurito intratable o agrietamiento/supuración/sangrado de la piel afectada, 3) prueba o contraindicación de un tópico (corticosteroide o inhibidor de la calcineurina) y 4) no uso concurrente con otro biológico sistémico para la dermatitis atópica. Renovación: Dermatitis atópica: 1) mejoría durante el tratamiento y 2) no uso concurrente con otro biológico sistémico para la dermatitis atópica.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

RISPERDAL CONSTA

Productos Afectados

- RISPERDAL CONSTA
- *risperidone microspheres*
- UZEDY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: oral risperidone. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

RUFINAMIDE

Productos Afectados

- *rufinamide oral suspension*
- *rufinamide oral tablet*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, clobazam o zonisamide. Para la suspensión de rufinamida: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Rufinamide tablet. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SAPROPTERIN

Productos Afectados

- *sapropterin*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SECUADO

Productos Afectados

- SECUADO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone o aripiprazole. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SIGNIFOR

Productos Afectados

- SIGNIFOR

| | |
|---|---|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SIRTURO

Productos Afectados

- SIRTURO ORAL TABLET 100 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SKYRIZI

Productos Afectados

- SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML
- SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o más, o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Psoriasis en Placas: Ineficacia o reacciones adversas significativas desde el punto de vista clínico de uno de los siguientes: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SOFOSBUVIR-VELPATASVIR

Productos Afectados

- *sofosbuvir-velpatasvir*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de la infección crónica por hepatitis C confirmada por un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si se compensa o descompensa. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado del trasplante hepático. El régimen de tratamiento se aprobará según el genotipo y la experiencia previa en el tratamiento según lo definido por las pautas actuales de AASLD. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | La duración se aplicará de acuerdo con la guía actual de AASLD/IDSA. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SOMAVERT

Productos Afectados

- SOMAVERT

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Endocrinólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: octreotide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SPRITAM

Productos Afectados

- SPRITAM

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: levetiracetam oral solution. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

STELARA

Productos Afectados

- STELARA SUBCUTANEOUS

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o más, o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Gastroenterólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy. Enfermedad de Crohn and Ulcerative colitis: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: budesonide, mesalamine o sulfasalazine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SYMPAZAN

Productos Afectados

- SYMPAZAN

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de dificultad o incapacidad para tragar. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: carbamazepine, clonazepam, divalproex, ethosuximide, felbamate, gabapentin, lamotrigine, levetiracetam, lorazepam, oxcarbazepine, phenytoin, tiagabine, topiramate, valproic acid o zonisamide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

SYNAREL

Productos Afectados

- SYNAREL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TACROLIMUS OINTMENT

Productos Afectados

- *tacrolimus topical*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: clobetasol, betamethasone, fluocinolone, o fluocinonide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TADALAFIL

Productos Afectados

- *tadalafil oral tablet 5 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Disfunción eréctil sin diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (HPB). |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Hiperplasia prostática benigna: 1) ensayo con un bloqueador alfa (p. ej., doxazosin, terazosin, tamsulosin, alfuzosin) y 2) ensayo con un inhibidor de la 5-alfa-reductasa (p. ej., finasteride, dutasteride). |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TAKHZYRO

Productos Afectados

- TAKHZYRO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | El diagnóstico de angioedema hereditario (HAE) debe confirmarse mediante un análisis de sangre. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Alergólogo, Inmunólogo, Hematólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TALTZ

Productos Afectados

- TALTZ AUTOINJECTOR
- TALTZ SYRINGE

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Psoriasis en Placas: documentación de psoriasis con una superficie corporal superior al 3% o más, o que afecte áreas cruciales del cuerpo como manos, pies, cara o genitales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate.</p> <p>Espondiloartritis Anquilosante: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: celecoxib, diclofenac, indomethacin, naproxen, o sulindac.</p> <p>Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: acitretin, cyclosporine, methotrexate o phototherapy.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TARGRETIN

Productos Afectados

- *bexarotene*

- TARGRETIN TOPICAL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TAVNEOS

Productos Afectados

- TAVNEOS

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | 1) Diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA) y variante de poliangeítis microscópica (MPA) de vasculitis asociada a autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), 2) prueba positiva para anti-PR3 o anti-MPO, 3) al menos 1 elemento mayor, 3 elementos no mayores o 2 elementos renales de proteinuria y hematuria en la Escala de Actividad de Vasculitis de Birmingham (BVAS), 4) eGFR mayor o igual a 15 mL/min/1,72 m ² , 5) actualmente recibiendo terapia estándar con cyclophosphamide o rituximab. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Reumatólogo, Nefrólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TAZORAC

Productos Afectados

- *tazarotene topical cream*
- *tazarotene topical gel*
- TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %
- TAZORAC TOPICAL GEL

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Psoriasis en Placas: Ineficacia de una de las alternativas tópicas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: calcipotriene, clobetasol o fluocinonide. Acné vulgar: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: benzoyl peroxide/clindamycin topical, benzoyl peroxide/erythromycin topical, clindamycin topical, doxycycline oral, erythromycin topical, minocycline oral, tetracycline oral o tretinoin topical. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TECFIDERA

Productos Afectados

- *dimethyl fumarate*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Aubagio y glatiramer. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TESTOSTERONE

Productos Afectados

- *methyltestosterone oral capsule*
- *testosterone cypionate*
- *testosterone enanthate*
- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*
- *testosterone transdermal solution in metered pump w/app*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de los últimos 3 meses. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TESTOSTERONE PUMP

Productos Afectados

- *testosterone transdermal gel in metered-dose pump*
- *testosterone transdermal gel in packet*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Niveles séricos de testosterona documentados previos al tratamiento inferiores al límite de referencia más bajo del laboratorio dentro de los últimos 3 meses. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: testosterone cypionate, testosterone enanthate o testosterone transdermal gel o solution. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TETRABENAZINE

Productos Afectados

- *tetrabenazine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Uso frecuente con un IMAO. Depresión no tratada o tratada inadecuadamente, o tendencias suicidas actuales. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TIGECYCLINE

Productos Afectados

- *tigecycline*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TOBI PODHALER

Productos Afectados

- TOBI PODHALER

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TOBRAMYCIN SOLUTION

Productos Afectados

- *tobramycin in 0.225 % nacl*
- *tobramycin inhalation*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Especialista en Enfermedades Infecciosas, Neumólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TOLCAPONE

Productos Afectados

- *tolcapone*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de uso frecuente con levodopa y carbidopa. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TRELSTAR

Productos Afectados

- TRELSTAR INTRAMUSCULAR
SUSPENSION FOR
RECONSTITUTION

| | |
|---|--|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones médicamente aceptadas. |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TRIENTINE

Productos Afectados

- *trientine oral capsule 250 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Cirrosis biliar, artritis reumatoide. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: penicillamine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TRIHXYPHENIDYL

Productos Afectados

- *trihexyphenidyl*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Glaucoma de ángulo estrecho. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Parkinsonismo: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine, bromocriptine, carbidopa/levodopa, entacapone, pramipexole, ropinirole, o selegiline. Trastorno del movimiento inducido por medicamentos, enfermedad extrapiramidal: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: amantadine. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TRIMIPRAMINE

Productos Afectados

- *trimipramine*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | Aprobar si es menor de 65 años de edad. Si es mayor de 65 años de edad, se aplicarán los criterios de autorización previa. |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

TRINTELLIX

Productos Afectados

- TRINTELLIX

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

UBRELVY

Productos Afectados

- UBRELVY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Justificación médica que especifique que DOS medicamentos contra la migraña de diferentes clases de la lista de medicamentos se probaron y fueron ineficaces, están contraindicados o no serían médicamente apropiados. Las clases incluyen: (1) analgésicos: (1) Analgesics- aspirin, naproxen, ibuprofen, diclofenac, celecoxib, indomethacin, nabumetone, y (2) Triptans- sumatriptan, rizatriptan/rizatriptan ODT. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Neurólogo, Especialista en Dolor, Especialista en Dolor de Cabeza. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VALCHLOR

Productos Afectados

- VALCHLOR

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Dermatólogo, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VANCOMYCIN CAPSULE

Productos Afectados

- *vancomycin oral capsule 125 mg, 250 mg*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Diarrea por Clostridium Difficile: Reautorización: Documentación de resultado positivo de toxina de C. Difficile en heces fecales. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | 3 meses. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VEMLIDY

Productos Afectados

- VEMLIDY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hepatólogo, Gastroenterólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VEOZAH

Productos Afectados

- VEOZAH

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Síntomas vasomotores menopáusicos (VMS): iniciales: 1) experimenta 7 o más sofocos por día y 2) prueba o contraindicación de terapia hormonal (p. ej., estradiol transdermal patch, oral conjugated estrogens). Renovación: 1) necesidad continua de tratamiento de VMS (es decir, sofocos persistentes) y 2) reducción en la frecuencia o gravedad de los VMS debido al tratamiento con Veozah. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VERQUVO

Productos Afectados

- VERQUVO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Cardiólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VIBERZI

Productos Afectados

- VIBERZI

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | Antecedentes de extracción de vesícula. |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dicyclomine y loperamide. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VIIBRYD

Productos Afectados

- VIIBRYD ORAL TABLET
- *vilazodone*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, mirtazapine, o bupropion. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VORICONAZOLE

Productos Afectados

- *voriconazole intravenous*

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

VOWST

Productos Afectados

- VOWST

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | 1) Diagnóstico de más de o igual a 2 infecciones recurrentes por Clostridioides difficile (CDI), 2) el episodio actual de CDI debe estar controlado (menos de 3 deposiciones blandas/sin forma/día durante 2 días consecutivos) después de 10 a 21 días de terapia con antibióticos, 3) prueba de heces positiva reciente para C. difficile, y 4) finalización del tratamiento con antibióticos. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

WEGOVY

Productos Afectados

- WEGOVY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | Uso concomitante con inhibidores de DPP4, antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 y/o antecedentes de insuficiencia cardíaca clase IV según NYHA. Uso exclusivo para pérdida de peso. |
| Información Médica Requerida | IMC mayor o igual a 27 kg/m ² . Documentación de uno de los siguientes: infarto de miocardio previo, accidente cerebrovascular previo, enfermedad arterial periférica sintomática (evidenciada por claudicación intermitente con índice de masa corporal (ITB) menor a 0,85 en reposo y/o procedimiento de revascularización arterial periférica y/o amputación debido a enfermedad cardiovascular aterosclerótica). |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Solo reautorización: Documentación de respuesta positiva a la terapia farmacológica. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XATMEP

Productos Afectados

- XATMEP

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo, Pediatra, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Sujeto a la determinación de la Parte B frente a la Parte D. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XDEMVY

Productos Afectados

- XDEMVY

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XELJANZ

Productos Afectados

- XELJANZ ORAL SOLUTION
- XELJANZ XR
- XELJANZ ORAL TABLET

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Reumatólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Artritis Reumatoide: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: azathioprine, cyclosporine, hydroxychloroquine, leflunomide, methotrexate, o sulfasalazine. Artritis Psoriásica: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: methotrexate. Colitis ulcerosa: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Humira. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XGEVA

Productos Afectados

- XGEVA

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XIFAXAN

Productos Afectados

- XIFAXAN

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|--|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | <p>Encefalopatía hepática: Ineficacia de la alternativa de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: lactulose.</p> <p>Síndrome del intestino irritable con diarrea: Ineficacia de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: loperamide.</p> <p>Diarrea del viajero: Ineficacia de una de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: ciprofloxacina o levofloxacina.</p> |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XOLAIR

Productos Afectados

- XOLAIR

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Asma (Inicial): Volumen espiratorio forzado en un segundo o flujo espiratorio máximo inferior o igual al 80% del nivel previsto, o bien, las mediciones de control del asma indican asma no controlada (p. ej., puntaje de la Prueba de Control del Asma [ACT] de 19 o menos). Nivel inicial de IgE total en suero (antes del tratamiento con Xolair) superior o igual a 30 UI/mL. Prueba cutánea positiva o reactividad in vitro a aeroalérgeno perenne. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Alergólogo, Dermatólogo, Inmunólogo, Neumólogo, Otorrinolaringólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

XYREM

Productos Afectados

- *sodium oxybate*
- XYREM

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Somnolencia diurna excesiva en pacientes con narcolepsia: Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: dextroamphetamine, methylphenidate, y modafinil. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ZARXIO

Productos Afectados

- ZARXIO

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Hematólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas, Oncólogo. |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ZEPATIER

Productos Afectados

- ZEPATIER

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|---|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Documentación de infección crónica por hepatitis C confirmada mediante un ARN del virus de la hepatitis C en suero detectable mediante un ensayo cuantitativo. Documentación del genotipo. Documentación de la ausencia o presencia de cirrosis y si está compensada o descompensada. Documentación de cualquier tratamiento previo. Documentación del estado de trasplante de hígado. El régimen de tratamiento se aprobará en función del genotipo y la experiencia de tratamiento previa según lo definido por las pautas actuales de la AASLD. Para el genotipo 1a: Documentación para la prueba del polimorfismo NS5A. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas. |
| Duración de la Cobertura | La duración se aplicará de acuerdo con las guías actuales de AASLD/IDSA. |
| Otros Criterios | |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ZYPREXA RELPREVV

Productos Afectados

- ZYPREXA RELPREVV
INTRAMUSCULAR SUSPENSION
FOR RECONSTITUTION 210 MG

| Criterios de Autorización Previa | Detalles de los Criterios |
|---|--|
| Criterios de Exclusión | |
| Información Médica Requerida | Historial documentado de recepción de olanzapine oral sin ningún efecto secundario clínicamente significativo. |
| Restricciones de Edad | |
| Restricciones del Profesional que Receta | |
| Duración de la Cobertura | Hasta el final del año calendario. |
| Otros Criterios | Ineficacia de dos de las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos o reacciones adversas significativas, desde el punto de vista clínico, a dichas alternativas: Invega Sustenna, Invega Trinza o Risperdal Consta. |
| Indicaciones | Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). |
| Usos No Indicados en la Etiqueta | |
| Prerrequisito de la Parte B | No |

ÍNDICE DE MEDICAMENTOS

1

1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G
 82, 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G82,
 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G82,
 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G
 STRL,SINGLE-USE,SHRT. 82, 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2.. 82,
 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 82,
 92, 93
 1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 82,
 92, 93

A

ABELCET..... 1
 ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR
 SUSPENSION,EXTENDED REL
 SYRING 720 MG/2.4 ML, 960 MG/3.2
 ML..... 2
 ABILIFY MAINTENA
 INTRAMUSCULAR
 SUSPENSION,EXTENDED REL
 RECON 300 MG, 400 MG 2
 ABILIFY MAINTENA
 INTRAMUSCULAR
 SUSPENSION,EXTENDED REL
 SYRING..... 2
 abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg
 16, 18
 ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X
 8MM..... 82, 92, 93
 ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X
 5MM..... 82, 92, 93
 ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X
 8MM..... 82, 92, 93
 ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X
 4MM..... 82, 92, 93
 acitretin..... 3
 ACTIMMUNE 4
 adefovir 5
 ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16 .. 82,
 92, 93

ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16 .. 82,
 92, 93
 ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16 .. 82,
 92, 93
 ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16 .. 82,
 92, 93
 ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16 82, 92,
 93
 ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2
 82, 92, 93
 ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2
 82, 92, 93
 ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/282,
 92, 93
 ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16
 82, 92, 93
 ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 82,
 92, 93
 ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM
 82, 92, 93
 ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G
 82, 92, 93
 ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G
 82, 92, 93
 ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G
 82, 92, 93
 AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET
 FOR SUSPENSION 2 MG..... 16, 18
 AIMOVIG AUTOINJECTOR 7
 AKEEGA 16, 18
 ALCOHOL 70% SWABS 82, 92, 93
 ALCOHOL PADS 82, 92, 93
 ALCOHOL PREP SWABS 82, 92, 93
 ALCOHOL WIPES..... 82, 92, 93
 ALECENSA 16, 18
 alosetron 8
 ALUNBRIG 16, 18
 alyq..... 141
 AMBISOME 9
 ambrisentan 138
 amitriptyline 10
 amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet
 12.5-5 mg, 25-10 mg 10
 amoxapine..... 11

amphotericin b..... 12
 amphotericin b liposome 9
 aprepitant 19
 APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400
 MG, 600 MG, 800 MG 13
 AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 82,
 92, 93
 AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 82,
 92, 93
 ARCALYST 20
 ARIKAYCE 21
 armodafinil..... 22
 asenapine maleate..... 131
 ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM
 82, 92, 93
 ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16
 82, 92, 93
 ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16
 82, 92, 93
 ASSURE ID INSULIN SAFETY
 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2 . 82,
 92, 93
 ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16
 82, 92, 93
 ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16
 82, 92, 93
 ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16
 82, 92, 93
 ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
 82, 92, 93
 ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2.... 82,
 92, 93
 ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64 82,
 92, 93
 ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64 .. 82,
 92, 93
 atovaquone 23
 AUBAGIO..... 24
 AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG 16,
 18
 AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 6
 MG, 9 MG 25
 AUVELITY 26
 AYWAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200
 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG.... 16, 18

B
 BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4
 MG, 5 MG 16, 18
 BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
 82, 92, 93
 BD ECLIPSE 30GX1/2 82, 92, 93
 BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2. 82, 92,
 93
 BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2). 82,
 92, 93
 BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G
 (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN)
 82, 92, 93
 BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G
 NOT FOR RETAIL SALE 82, 92, 93
 BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1... 82, 92,
 93
 BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8 82, 92,
 93
 BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2 82, 92,
 93
 BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM
 82, 92, 93
 BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8 82, 92,
 93
 BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O
 NEEDLE 82, 92, 93
 BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML .. 82, 92,
 93
 BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM
 82, 92, 93
 BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM
 82, 92, 93
 BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G
 82, 92, 93
 BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM
 82, 92, 93
 BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM
 82, 92, 93
 BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
 82, 92, 93
 BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8
 83, 92, 93

BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM
 83, 92, 93
 BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BD SINGLE USE SWAB 83, 92, 93
 BD UF MICRO PEN NEEDLE
 6MMX32G 83, 92, 93
 BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G
 83, 92, 93
 BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G
 83, 92, 93
 BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G
 83, 92, 93
 BD UF SHORT PEN NEEDLE
 8MMX31G 83, 92, 93
 BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 83,
 92, 93
 BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G
 83, 92, 93
 BESREMI 16, 18
 bexarotene 186
 BORDERED GAUZE 2..... 83, 92, 93
 BOSULIF 16, 18
 BRAFTOVI 16, 18
 BRONCHITOL..... 27
 BRUKINSA..... 16, 18
C
 CABOMETYX..... 16, 18
 CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)
 16, 18
 CAPLYTA..... 131
 CAPRELSA..... 16, 18
 CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G
 83, 92, 93
 CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 83,
 92, 93
 CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 83,
 92, 93
 CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 83,
 92, 93

CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 83,
 92, 93
 CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G
 83, 92, 93
 CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G
 83, 92, 93
 CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP
 PAD 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 29G
 12MM..... 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4
 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32
 83, 92, 93
 CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16
 83, 92, 93
 CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16 . 83,
 92, 93
 CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16 . 83,
 92, 93
 CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16 . 83,
 92, 93
 CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16 . 83,
 92, 93
 caspofungin..... 28
 CIMZIA 29, 30
 CIMZIA POWDER FOR RECONST .. 29,
 30
 CLICKFINE 31G X 5/16 83, 92, 93
 CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32
 83, 92, 93
 CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4 . 83,
 92, 93
 clobazam oral suspension..... 14, 15
 clobazam oral tablet 14, 15
 clomipramine..... 31

COBENFY 131
 COBENFY STARTER PACK 131
 COMETRIQ..... 16, 18
 COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/6483, 92,
 93
 COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/6483, 92,
 93
 COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2. 83,
 92, 93
 COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16
 83, 92, 93
 COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64. 83,
 92, 93
 COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16.. 83,
 92, 93
 COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML83,
 92, 93
 COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML83,
 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM
 29G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM
 32G SINGLE USE, MICRO 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM
 33G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM
 31G MINI 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM
 32G SINGLE USE,MINI,HRI.... 83, 92,
 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM
 33G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM
 31G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM
 32G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM
 33G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM
 31G SHORT 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM
 32G..... 83, 92, 93
 COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM
 33G..... 84, 92, 93
 COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G
 8MM..... 84, 92, 93

COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G
 4MM..... 84, 92, 93
 COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G
 5MM..... 84, 92, 93
 COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/284,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/284,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/284,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/284,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2 .. 84,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2 .. 84,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2 .. 84,
 92, 93
 COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16 84,
 92, 93
 COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3
 84, 92, 93
 COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6
 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 31G
 4MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 31G
 5MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 31G
 6MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 31G
 8MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G
 4MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G
 5MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G
 6MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 32G
 8MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 33G
 4MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL 33G
 6MM..... 84, 92, 93
 COMFORT TOUCH PEN NDL
 33GX5MM 84, 92, 93

COPIKTRA..... 16, 18
CORLANOR ORAL SOLUTION... 33, 34
CORLANOR ORAL TABLET..... 33, 34
COSENTYX (2 SYRINGES)..... 35, 36
COSENTYX PEN (2 PENS)..... 35, 36
COSENTYX SUBCUTANEOUS
 SYRINGE 75 MG/0.5 ML..... 35, 36
COSENTYX UNOREADY PEN... 35, 36
COTELIC..... 16, 18
CURAD GAUZE PADS 2 84, 92, 93
CURITY ALCOHOL PREPS 2
 PLY,MEDIUM 84, 92, 93
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-
 200/BAG 84, 92, 93
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY). 84,
 92, 93
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg
 37

D
dalfampridine..... 38
DALIRESP 39
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 20
 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg..... 16, 18
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25
 MG..... 16, 18
deferasirox oral tablet, dispersible..... 40
DERMACEA 2..... 84, 92, 93
DERMACEA GAUZE 2..... 84, 92, 93
DERMACEA NON-WOVEN 2 84, 92, 93
desipramine..... 41
dexmethylphenidate oral tablet 6
DIACOMIT..... 14, 15
diazepam intensol 42
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1
 mg/ml)..... 42
dimethyl fumarate..... 43, 190
disopyramide phosphate oral capsule 44
doxepin oral capsule 45
doxepin oral concentrate 45
DRIZALMA SPRINKLE 46
dronabinol 47
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2)84,
 92, 93
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2)84,
 92, 93

DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM84,
 92, 93
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM84,
 92, 93
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2)
 84, 92, 93
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2)
 84, 92, 93
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2)
 84, 92, 93
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2)
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
 84, 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM84,
 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM84,
 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM84,
 92, 93
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM84,
 92, 93
DROPLET MICRON 34G X 9/64. 84, 92,
 93
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2... 84,
 92, 93
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8... 84,
 92, 93
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16. 84,
 92, 93
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4... 84,
 92, 93
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16. 84,
 92, 93
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16. 84,
 92, 93

DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4... 84, 92, 93
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16. 84, 92, 93
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16. 84, 92, 93
 DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32. 84, 92, 93
 DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS..... 84, 92, 93
 DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 85, 92, 93
 DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 85, 92, 93
 DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 85, 92, 93
 DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 85, 92, 93
 DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM..... 85, 92, 93
 DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM..... 85, 92, 93
 DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM..... 85, 92, 93
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4 85, 92, 93
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16 85, 92, 93
 DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16 85, 92, 93
 droxidopa 48
 DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 85, 92, 93
 DUAVEE 58
 DUPIXENT PEN..... 49, 50, 51
 DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML 49, 50, 51

E

EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 85, 92, 93
 EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 85, 92, 93
 EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 85, 92, 93

EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16.. 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE. 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2... 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16. 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16. 85, 92, 93
 EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE. 85, 92, 93
 EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16 ... 85, 92, 93
 EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16 ... 85, 92, 93
 EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD 85, 92, 93
 EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 85, 92, 93
 EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 85, 92, 93
 EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2 85, 92, 93
 EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 85, 92, 93
 EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 85, 92, 93
 EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM... 85, 92, 93
 EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 85, 92, 93

| | | | |
|---------------------------------|------------|--------------------------------|------------|
| EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2... | 85, 92, 93 | EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2... | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G | |
| EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2... | 85, 92, 93 | 5MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS | | EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G | |
| GAMMA-STERILIZED | 85, 92, 93 | 8MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G | |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 | 85, 92, 93 | 5MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G | |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML | 85, 92, 93 | 8MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G | |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML... | 85, 92, 93 | 12.7MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML | | EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G | |
| RETRACTABLE..... | 85, 92, 93 | 12.7MM..... | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 | 85, 92, 93 | | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML | 85, 92, 93 | | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2 | 85, 92, 93 | EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML.. | 86, 92, 93 |
| EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 | 86, 92, 93 | EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM | 86, 92, 93 |
| | | | 86, 92, 93 |
| | | ELIGARD | 52 |
| | | ELIGARD (3 MONTH) | 52 |
| | | ELIGARD (4 MONTH) | 52 |
| | | ELIGARD (6 MONTH) | 52 |
| | | EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM | 86, 92, 93 |
| | | | 86, 92, 93 |
| | | EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM | 86, 92, 93 |
| | | EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM | 86, 92, 93 |
| | | EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM | 86, 92, 93 |

EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 86, 92, 93
 EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 86, 92, 93
 EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 86, 92, 93
 EMSAM 53
 ENBREL MINI 54, 55
 ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 54, 55
 ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 54, 55
 ENBREL SURECLICK 54, 55
 ENDARI..... 56
 EPIDIOLEX 13
 EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 86, 92, 93
 EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 86, 92, 93
 EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 86, 92, 93
 ERIVEDGE..... 16, 18
 ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG 16, 18
 erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg..... 16, 18
 ESBRIET ORAL CAPSULE 57
 ESBRIET ORAL TABLET 267 MG, 801 MG 57
 estradiol oral..... 58
 estradiol transdermal patch weekly 58
 everolimus (antineoplastic) oral tablet 16, 18
 everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg, 5 mg 16, 18
 EXKIVITY 16, 18
F
 FANAPT 131
 fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 59
 FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26) 60
 FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 60
 FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16 .. 86, 92, 93
 FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16... 86, 92, 93
 FIFTY50 PEN 31G X 3/16..... 86, 92, 93
 fingolimod..... 66
 FINTEPLA 14, 15
 FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 62
 FOTIVDA..... 16, 18
 FP INSULIN 1 ML SYRINGE . 86, 92, 93
 FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 86, 92, 93
 FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 86, 92, 93
 FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16 86, 92, 93
 FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16 86, 92, 93
 FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG, 5 MG 16, 18
 FULPHILA 142
 FYCOMPA ORAL SUSPENSION 13
 FYCOMPA ORAL TABLET 13
G
 GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2..... 86, 92, 93
 GAVRETO..... 16, 18
 gefitinib..... 16, 18
 GENOTROPIN 63, 64
 GENOTROPIN MINIQUICK 63, 64
 GILENYA..... 66
 GILOTRIF..... 16, 18
 glatiramer 67
 glatopa 68
 GLEOSTINE..... 16, 18
 glutamine (sickle cell) 56
 glyburide..... 70
 glyburide micronized 70
 glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg 70
 GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2 . 86, 92, 93
 GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 86, 92, 93
 GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 86, 92, 93

GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR
 86, 92, 93
 guanfacine oral tablet..... 71, 72
 guanfacine oral tablet extended release
 24 hr 71, 72
H
 HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/1686,
 92, 93
 HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/1686,
 92, 93
 HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/1686,
 92, 93
 HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/1686,
 92, 93
 HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16.. 86,
 92, 93
 HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16.. 86,
 92, 93
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM
 86, 92, 93
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM
 86, 92, 93
 HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM
 86, 92, 93
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM
 32G..... 86, 92, 93
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM
 31G..... 86, 92, 93
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM
 31G..... 86, 92, 93
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM
 31G..... 86, 92, 93
 HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM
 29G..... 86, 92, 93
 HEB INCONTROL ALCOHOL 70%
 PADS..... 86, 92, 93
 HUMIRA PEN..... 74, 75
 HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 KIT 40 MG/0.8 ML 74, 75
 HUMIRA(CF)..... 74, 75
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER..... 76
 HUMIRA(CF) PEN..... 74, 75
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 74,
 75
 HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC ... 76

HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS
 74, 75
I
 IBRANCE 16, 18
 icatibant..... 61
 ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15
 MG, 30 MG, 45 MG 16, 18
 IDHIFA 16, 18
 imatinib oral tablet 100 mg, 400 mg .. 16,
 18
 IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG,
 70 MG..... 16, 18
 IMBRUVICA ORAL SUSPENSION ... 16,
 18
 IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG,
 280 MG, 420 MG 16, 18
 imipramine hcl 77
 imipramine pamoate..... 77
 IMPAVIDO..... 78
 INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G
 87, 92, 93
 INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G
 87, 92, 93
 INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G
 87, 92, 93
 INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G
 87, 92, 93
 INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G
 87, 92, 93
 INCRELEX 79
 indomethacin oral capsule..... 80
 INGREGZA 81
 INGREGZA INITIATION PK(TARDIV) 81
 INGREGZA SPRINKLE 81
 INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG 16,
 18
 INQOVI..... 16, 18
 INREBIC..... 16, 18
 INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) . 87,
 92, 93
 INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/287, 92,
 93
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/287, 92,
 93
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/287, 92,
 93

INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/287, 92, 93
 INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16 ... 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2.... 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2... 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16. 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4... 87, 92, 93
 INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2 87, 92, 93
 INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE. 87, 92, 93
 INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE. 87, 92, 93
 INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE .. 87, 92, 93
 INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE .. 87, 92, 93
 INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 87, 92, 93
 INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16.. 87, 92, 93
 INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM. 87, 92, 93
 INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM. 87, 92, 93
 INVEGA HAFYERA..... 95
 INVEGA SUSTENNA 96
 INVEGA TRINZA..... 97
 IRESSA 16, 18

ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG, 9 MG 16, 18
 itraconazole oral solution..... 98
 IV ANTISEPTIC WIPES 87, 92, 93
 ivabradine..... 33, 34
 IWILFIN 16, 18
J
 JAKAFI..... 16, 18
 JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG..... 16, 18
 JYLAMVO 99
K
 KALYDECO..... 100
 KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD 87, 92, 93
 KERENDIA..... 101, 102
 KINERET..... 103
 KISQALI FEMARA CO-PACK 16, 18
 KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1), 400 MG/DAY (200 MG X 2), 600 MG/DAY (200 MG X 3)... 16, 18
 KORLYM..... 104
 KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG..... 16, 18
 KRAZATI 16, 18
L
 lapatinib..... 16, 18
 LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG..... 131
 LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG, 80 MG..... 16, 18
 ledipasvir-sofosbuvir..... 105
 lenalidomide 16, 18
 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) 16, 18
 LEUKINE INJECTION RECON SOLN 106
 leuprolide (3 month) 107
 leuprolide subcutaneous kit..... 107

levalbuterol hcl inhalation solution for
 nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3
 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml.. 108
 LIBERVANT 120
 lidocaine topical adhesive
 patch,medicated 5 % 109
 LISCO SPONGES 100/BAG .. 87, 92, 93
 LITE TOUCH 31GX1/4..... 87, 92, 93
 LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR.. 87,
 92, 93
 LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 87,
 92, 93
 LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 87,
 92, 93
 LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 87, 92,
 93
 LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 87, 92,
 93
 LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2.... 87,
 92, 93
 LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16.. 87,
 92, 93
 LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16.. 87,
 92, 93
 LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16.. 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2... 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2... 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16. 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2.. 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2.. 87,
 92, 93
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16 87,
 92, 93
 LIVTENCITY 110
 LONSURF 16, 18
 LORBRENA ORAL TABLET 100 MG,
 25 MG..... 16, 18
 LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG,
 320 MG 17, 18
 LUPRON DEPOT 111
 LUPRON DEPOT (3 MONTH) 111

LUPRON DEPOT (4 MONTH) 111
 LUPRON DEPOT (6 MONTH) 111
 lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40
 mg, 60 mg, 80 mg..... 131
 LYNPARZA 17, 18
 LYTOGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY
 (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4),
 20 MG/DAY (4 MG X 5) 17, 18
M
 MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML
 87, 92, 93
 MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML
 87, 92, 93
 MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML ... 87,
 92, 93
 MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML ... 87,
 92, 93
 MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML
 87, 92, 93
 MATULANE..... 17, 18
 MAXICOMFORT II PEN NDL
 31GX6MM 87, 92, 93
 MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2
 87, 92, 93
 MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G ... 87,
 92, 93
 MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2 87,
 92, 93
 MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/287,
 92, 93
 MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
 87, 92, 93
 MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
 87, 92, 93
 megestrol oral suspension 400 mg/10
 ml (40 mg/ml)..... 114
 megestrol oral tablet..... 114
 MEKINIST ORAL RECON SOLN. 17, 18
 MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2
 MG..... 17, 18
 MEKTOVI 17, 18
 meprobamate 115
 methocarbamol oral tablet 500 mg, 750
 mg..... 116
 methyl dopa-hydrochlorothiazide 117

| | | | |
|--|------------|---|------------|
| methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 | 6 | MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2 | 88, 92, 93 |
| methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 | 6 | MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) | 88, 92, 93 |
| methylphenidate hcl oral solution | 6 | MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML... .. | 88, 92, 93 |
| methylphenidate hcl oral tablet..... | 6 | MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC)..... | 88, 92, 93 |
| methylphenidate hcl oral tablet extended release..... | 6 | MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML... .. | 88, 92, 93 |
| methyltestosterone oral capsule..... | 191 | MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC)..... | 88, 92, 93 |
| metyrosine..... | 118 | MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC)..... | 88, 92, 93 |
| MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM | 87, 92, 93 | MONOJECT INSULIN SYR U-100.... | 88, 92, 93 |
| MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM | 87, 92, 93 | MONOJECT SYRINGE 0.3 ML ... | 88, 92, 93 |
| MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM | 87, 92, 93 | MONOJECT SYRINGE 0.5 ML ... | 88, 92, 93 |
| MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER | 87, 92, 93 | MONOJECT SYRINGE 1 ML . | 88, 92, 93 |
| mifepristone oral tablet 300 mg | 104 | MOTPOLY XR ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG .. | 14, 15 |
| MINI PEN NEEDLE 32G 4MM | 87, 92, 93 | MOUNJARO..... | 69 |
| MINI PEN NEEDLE 32G 5MM | 87, 92, 93 | MOVANTIK | 32 |
| MINI PEN NEEDLE 32G 6MM | 87, 92, 93 | N | |
| MINI PEN NEEDLE 32G 8MM | 87, 92, 93 | NAYZILAM | 120 |
| MINI PEN NEEDLE 33G 4MM | 87, 92, 93 | NERLYNX | 17, 18 |
| MINI PEN NEEDLE 33G 5MM | 87, 92, 93 | NEXAVAR | 17, 18 |
| MINI PEN NEEDLE 33G 6MM | 88, 92, 93 | NINLARO | 17, 18 |
| MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE..... | 88, 92, 93 | NIVESTYM INJECTION | 121 |
| modafinil..... | 119 | NOVOFINE 30 | 88, 92, 93 |
| molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg..... | 73 | NOVOFINE 32G NEEDLES... .. | 88, 92, 93 |
| MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2 | 88, 92, 93 | NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6 | 88, 92, 93 |
| MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2 | 88, 92, 93 | NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM | 88, 92, 93 |
| MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2 ... | 88, 92, 93 | NOXAFIL ORAL SUSPENSION..... | 145 |
| MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) | 88, 92, 93 | NUBEQA | 17, 18 |
| MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2 | 88, 92, 93 | NUCALA..... | 122 |
| MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) | 88, 92, 93 | NUEDEXTA..... | 123 |
| MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML | 88, 92, 93 | NUPLAZID | 124 |
| | | O | |
| | | octreotide acetate injection solution . | 125 |

ODOMZO 17, 18
 OFEV 126
 OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150
 MG, 50 MG 17, 18
 OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR
 RECONSTITUTION 17, 18
 OJEMDA ORAL TABLET 17, 18
 OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150
 MG, 200 MG 17, 18
 olanzapine intramuscular 128
 olanzapine oral tablet, disintegrating . 127
 OMNITROPE 129, 130
 ONUREG 17, 18
 ORENCIA CLICKJECT 132
 ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE
 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5
 MG/0.7 ML 132
 ORGOVYX 17, 18
 ORKAMBI 133
 ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86
 MG 17, 18
 OTEZLA 134
 OTEZLA STARTER 134
 OXBRYTA ORAL TABLET 300 MG, 500
 MG 135
 OXBRYTA ORAL TABLET FOR
 SUSPENSION 135
 oxcarbazepine oral tablet extended
 release 24 hr 150 mg, 300 mg, 600
 mg 137
 OXERVATE 136
 OXTELLAR XR ORAL TABLET
 EXTENDED RELEASE 24 HR 150
 MG, 300 MG, 600 MG 137
 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) 69

P

PANRETIN 17, 18
 pazopanib 17, 18
 PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE
 SHORT 88, 92, 93
 PEMAZYRE 17, 18
 PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 88, 92,
 93
 PEN NEEDLE 30G 8MM INNER. 88, 92,
 93
 PEN NEEDLE 30G X 5/16 88, 92, 93
 PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29
 GAUGE X 1/2 88, 92, 93
 PEN NEEDLES 12MM 29G
 29GX12MM, STRL 88, 92, 93
 PEN NEEDLES 4MM 32G 88, 92, 93
 PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM,
 STRL 88, 92, 93
 PEN NEEDLES 8MM 31G
 31GX8MM, STRL, SHORT (OTC) ... 88,
 92, 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2 88, 92,
 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4 88, 92,
 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16 .. 88,
 92, 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16 .. 88,
 92, 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4 88, 92,
 93
 PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32 .. 88,
 92, 93
 perphenazine-amitriptyline 10
 phenobarbital 143
 pimecrolimus 144
 PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM... 88, 92,
 93
 PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM... 88, 92,
 93
 PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY
 (200 MG X 1), 250 MG/DAY (200 MG
 X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150
 MG X 2) 17, 18
 pifenidone oral capsule 57
 pifenidone oral tablet 267 mg, 534 mg,
 801 mg 57
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR 125 MCG/0.5 ML 94
 PLEGRIDY SUBCUTANEOUS
 SYRINGE 125 MCG/0.5 ML 94
 POMALYST 17, 18
 posaconazole oral 145

| | | | |
|--|------------|--|------------|
| PRADAXA ORAL PELLETS IN PACKET | 146 | promethazine oral | 156 |
| pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg..... | 112, 113 | promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg..... | 156 |
| pregabalin oral solution | 112, 113 | promethegan rectal suppository 25 mg, 50 mg..... | 156 |
| PREMARIN ORAL..... | 147, 148 | protriptyline..... | 157 |
| PREMPRO | 149, 150 | PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM | 88, 92, 93 |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4... 88, 92, 93 | | PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM | 88, 92, 93 |
| PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16. 88, 92, 93 | | PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM | 88, 92, 93 |
| PREVYMIS ORAL..... | 151 | PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS..... | 88, 92, 93 |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2 88, 92, 93 | | PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM | 88, 92, 93 |
| PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16 .. 88, 92, 93 | | PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM | 88, 92, 93 |
| PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16 .. 88, 92, 93 | | PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM | 89, 92, 93 |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2 . 88, 92, 93 | | PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM | 89, 92, 93 |
| PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16 88, 92, 93 | | PURIXAN | 17, 18 |
| PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16 88, 92, 93 | | pyrimethamine..... | 158 |
| PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS | 88, 92, 93 | Q | |
| PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16 | 88, 92, 93 | QINLOCK..... | 17, 18 |
| PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4 | 88, 92, 93 | quinine sulfate | 159 |
| PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G | 88, 92, 93 | R | |
| PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G | 88, 92, 93 | RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM | 89, 92, 93 |
| PROCRIT | 152 | RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM | 89, 92, 93 |
| PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2 .. 88, 92, 93 | | RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM | 89, 92, 93 |
| PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/1688, 92, 93 | | RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM | 89, 92, 93 |
| PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16 | 88, 92, 93 | REBIF (WITH ALBUMIN) | 94 |
| PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION | 153 | REBIF REBIDOSE | 94 |
| PROLIA..... | 154 | REBIF TITRATION PACK..... | 94 |
| PROMACTA..... | 155 | RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 89, 92, 93 | |
| | | RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 89, 92, 93 | |
| | | RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64.. 89, 92, 93 | |

RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR .. 89, 92, 93
 RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 89, 92, 93
 RELION MINI PEN 31G X 1/4 89, 92, 93
 RELION NEEDLES 89, 92, 93
 RELION PEN NEEDLES..... 89, 92, 93
 REPATHA PUSHTRONEX 160, 161
 REPATHA SURECLICK..... 160, 161
 REPATHA SYRINGE 160, 161
 RETACRIT INJECTION SOLUTION
 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML,
 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML,
 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML . 162
 RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80
 MG 17, 18
 RETEVMO ORAL TABLET 120 MG,
 160 MG, 40 MG, 80 MG 17, 18
 REVLIMID 17, 18
 REXULTI ORAL TABLET 163
 REZLIDHIA 17, 18
 REZUROCK 164
 RINVOQ LQ 165, 166
 RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45
 MG 165, 166
 RISPERDAL CONSTA 167
 risperidone microspheres 167
 roflumilast..... 39
 ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100
 MG, 200 MG 17, 18
 ROZLYTREK ORAL PELLETS IN
 PACKET 17, 18
 RUBRACA..... 17, 18
 rufinamide oral suspension 168
 rufinamide oral tablet..... 168
 RYBELSUS 69
 RYDAPT..... 17, 18
S
 SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3
 ML 30GX5/16 89, 92, 93
 SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5
 ML 29GX1/2 89, 92, 93
 SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5
 ML 30GX5/16 89, 92, 93
 SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML
 28GX1/2 89, 92, 93

SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML
 29GX1/2 89, 92, 93
 SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM.... 89,
 92, 93
 SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G. 89,
 92, 93
 SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2.. 89,
 92, 93
 sapropterin 169
 SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG, 20
 MG, 40 MG 17, 18
 SECUADO 170
 SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16 89,
 92, 93
 SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2 89,
 92, 93
 SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2
 89, 92, 93
 SIGNIFOR 171
 sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet
 141
 SIRTURO ORAL TABLET 100 MG .. 172
 SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM
 89, 92, 93
 SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM
 89, 92, 93
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN
 INJECTOR..... 173
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE
 150 MG/ML 173
 SKYRIZI SUBCUTANEOUS
 WEARABLE INJECTOR 173
 SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2). 89,
 92, 93
 sodium oxybate 221
 sofosbuvir-velpatasvir..... 174
 SOMAVERT 175
 sorafenib 17, 18
 SPRITAM 176
 SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140
 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG
 17, 18
 STELARA SUBCUTANEOUS .. 177, 178
 STERILE PADS 2..... 89, 92, 93
 STIVARGA 17, 18
 sunitinib malate 17, 18

SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
 89, 92, 93
 SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
 89, 92, 93
 SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 89,
 92, 93
 SURE COMFORT 1 ML SYRINGE ... 89,
 92, 93
 SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
 89, 92, 93
 SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE
 INSULIN SYRINGE 89, 92, 93
 SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE
 89, 92, 93
 SURE COMFORT ALCOHOL PREP
 PADS..... 89, 92, 93
 SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4
 89, 92, 93
 SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4
 89, 92, 93
 SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4
 89, 92, 93
 SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2
 89, 92, 93
 SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM
 89, 92, 93
 SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM
 89, 92, 93
 SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM
 89, 92, 93
 SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM
 89, 92, 93
 SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM89,
 92, 93
 SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM.... 89,
 92, 93
 SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM.... 89,
 92, 93
 SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML
 89, 92, 93
 SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML
 89, 92, 93
 SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML.. 89,
 92, 93
 SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 89,
 92, 93

SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML
 89, 92, 93
 SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
 89, 92, 93
 SUTENT..... 17, 18
 SYMPAZAN 179
 SYNAREL 180
T
 TABLOID..... 17, 18
 TABRECTA 17, 18
 tacrolimus topical 181
 tadalafil (pulm. hypertension) 141
 tadalafil oral tablet 5 mg 182
 TADLIQ 141
 TAFINLAR..... 17, 18
 TAGRISSO..... 17, 18
 TAKHZYRO..... 183
 TALTZ AUTOINJECTOR 184, 185
 TALTZ SYRINGE 184, 185
 TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG,
 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG,
 1 MG..... 17, 18
 TARGRETIN TOPICAL 186
 TASIGNA 17, 18
 TAVNEOS 187
 tazarotene topical cream 188, 189
 tazarotene topical gel 188, 189
 TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %
 188, 189
 TAZORAC TOPICAL GEL..... 188, 189
 TAZVERIK..... 17, 18
 TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2). 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2). 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2)... 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2)... 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2)... 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2). 89,
 92, 93
 TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2). 89,
 92, 93

TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2)... 89, 92, 93
 TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2)... 89, 92, 93
 TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2)... 89, 92, 93
 TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 89, 92, 93
 TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 89, 92, 93
 TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 90, 92, 93
 TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 90, 92, 93
 TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2 .. 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8 .. 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4 .. 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4 .. 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16 90, 92, 93
 TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32 90, 92, 93
 TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 90, 92, 93
 TEPMETKO 17, 18
 teriflunomide..... 24
 teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml) 139, 140
 TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 90, 92, 93
 TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 90, 92, 93
 TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 90, 92, 93
 TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 90, 92, 93
 testosterone cypionate 191
 testosterone enanthate..... 191
 testosterone transdermal gel in metered-dose pump..... 191, 192
 testosterone transdermal gel in packet 191, 192
 testosterone transdermal solution in metered pump w/app 191
 tetrabenazine 193
 THALOMID..... 17, 18
 THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML.. 90, 92, 93
 THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML.. 90, 92, 93
 THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 90, 92, 93
 thioridazine..... 73
 TIBSOVO 17, 18
 tigecycline 194
 TOBI PODHALER 195
 tobramycin in 0.225 % nacl 196
 tobramycin inhalation 196
 tolcapone..... 197
 TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4 90, 92, 93
 TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16 .. 90, 92, 93
 TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 90, 92, 93
 torpenz 17, 18
 TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION..... 198
 trientine oral capsule 250 mg 199
 trihexyphenidyl 200
 trimipramine 201
 TRINTELLIX..... 202
 TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16 90, 92, 93
 TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16 90, 92, 93
 TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16 90, 92, 93

| | |
|--|--|
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 90, 92, 93 | TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2 90, 92, 93 |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 90, 92, 93 | TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2 90, 92, 93 |
| TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 90, 92, 93 | TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2.... 90, 92, 93 | TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16.. 90, 92, 93 | TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16.. 90, 92, 93 | TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16 90, 92, 93 | TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16 ... 90, 92, 93 | TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS..... 90, 92, 93 | TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2.... 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16.. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16.. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2.... 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2.... 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16.. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16.. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2. 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16.... 90, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16 90, 92, 93 | TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16.... 91, 92, 93 |
| TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16 90, 92, 93 | TRULICITY..... 69 |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS..... 90, 92, 93 | TRUQAP 17, 18 |
| | TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG..... 17, 18 |

TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG,
200 MG 17, 18
TYMLOS 139, 140
U
UBRELVY 203
UDENYCA 142
UDENYCA AUTOINJECTOR 142
UDENYCA ONBODY 142
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2).. 91,
92, 93
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4 ... 91, 92,
93
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2. 91,
92, 93
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16 91,
92, 93
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 91,
92, 93
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 91,
92, 93
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G
..... 91, 92, 93
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G
MICRO, 32GX4MM..... 91, 92, 93
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G
..... 91, 92, 93
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
..... 91, 92, 93
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM
..... 91, 92, 93
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/291, 92,
93
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16 ... 91,
92, 93
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/291, 92,
93

ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16 ... 91,
92, 93
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16 91, 92,
93
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM
..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 91,
92, 93
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM
..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM
..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G
8MM..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM
..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM. 91,
92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM. 91,
92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM. 91,
92, 93
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM. 91,
92, 93
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G
8MM..... 91, 92, 93
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G
8MM..... 91, 92, 93
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB.. 91,
92, 93
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 91,
92, 93
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 91,
92, 93
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML... 91,
92, 93
ULTILET PEN NEEDLE 91, 92, 93
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G ... 91,
92, 93
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE
..... 91, 92, 93
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2 91,
92, 93
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2 91,
92, 93

ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE
 91, 92, 93
 ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16 . 91,
 92, 93
 ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE . 91,
 92, 93
 ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2.. 91, 92, 93
 ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16 91, 92, 93
 ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16 91, 92, 93
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM
 91, 92, 93
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM
 91, 92, 93
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM
 91, 92, 93
 ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM
 91, 92, 93
 ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM
 29G..... 91, 92, 93
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2 ... 91,
 92, 93
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16... 91,
 92, 93
 ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16... 91,
 92, 93
 ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2 91,
 92, 93
 ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM. 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16. 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16. 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2... 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16. 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16. 91,
 92, 93
 ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16.. 92,
 93
 ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2 92, 93
 ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16.. 92,
 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4
 92, 93

ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16
 92, 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16
 92, 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4
 92, 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16
 92, 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32
 92, 93
 ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32
 92, 93
 ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16.. 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G . 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G . 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G . 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G . 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G . 91, 92,
 93
 ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G .. 91,
 92, 93
 ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G .. 91,
 92, 93
 ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2 .. 91,
 92, 93
 ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 91,
 92, 93
 UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM ... 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS 12MM 29G
 29GX12MM, STRL 92, 93
 UNIFINE PENTIPS 31GX3/16 92, 93
 UNIFINE PENTIPS 32GX1/4 92, 93
 UNIFINE PENTIPS 32GX5/32 92, 93
 UNIFINE PENTIPS 33GX5/32 92, 93
 UNIFINE PENTIPS 6MM 31G..... 92, 93
 UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16.. 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G .. 92,
 93

UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2 .. 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4 .. 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32 92,
 93
 UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32 92,
 93
 UNIFINE PROTECT 30G 5MM 92, 93
 UNIFINE PROTECT 30G 8MM 92, 93
 UNIFINE PROTECT 32G 4MM 92, 93
 UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/1692,
 93
 UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/1692,
 93
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM92,
 93
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM92,
 93
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM92,
 93
 UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM92,
 93
 UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM
 92, 93
 UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM
 92, 93
 UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM
 92, 93
 UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM
 92, 93
 UZEDY 167
V
 VALCHLOR 204
 vancomycin oral capsule 125 mg, 250
 mg 205
 VANFLYTA 17, 18
 VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2.. 92, 93
 VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16. 92,
 93

VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR... 92,
 93
 VEMLIDY 206
 VENCLEXTA..... 17, 18
 VENCLEXTA STARTING PACK.. 17, 18
 VEOZAH 207
 VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2.... 92,
 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM92,
 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM . 92,
 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM
 92, 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM
 92, 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM . 92,
 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM
 92, 93
 VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM
 92, 93
 VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM
 92, 93
 VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM
 92, 93
 VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM
 92, 93
 VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-
 SHARPS CONTAINER..... 92, 93
 VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2 . 92,
 93
 VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16 .. 92,
 93
 VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16 92,
 93
 VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16 92,
 93
 VERQUVO 208
 VERSALON ALL PURPOSE SPONGE
 25'S,N-STERILE,3PLY 92, 93
 VERZENIO 17, 18
 VIBERZI 209
 VIIBRYD ORAL TABLET..... 210
 vilazodone 210

VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG,
 25 MG..... 17, 18
 VITRAKVI ORAL SOLUTION..... 17, 18
 VIZIMPRO..... 17, 18
 VONJO..... 17, 18
 VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40
 MG..... 17, 18
 voriconazole intravenous..... 211
 VOTRIENT 17, 18
 VOWST 212
 VRAYLAR ORAL CAPSULE 131
 VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE
 PACK..... 131
W
 WEBCOL ALCOHOL PREPS
 20'S,LARGE 92, 93
 WEGOVY 213
 WELIREG..... 17, 18
X
 XALKORI ORAL CAPSULE 17, 18
 XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20
 MG, 50 MG 18
 XATMEP 214
 XDEMVI 215
 XELJANZ ORAL SOLUTION ... 216, 217
 XELJANZ ORAL TABLET 216, 217
 XELJANZ XR 216, 217
 XERMELO..... 18
 XGEVA..... 218

XIFAXAN..... 219
 XOLAIR..... 220
 XOSPATA 18
 XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK
 (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X
 1), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2),
 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 60MG
 TWICE WEEK (120 MG/WEEK), 80
 MG/WEEK (40 MG X 2), 80MG
 TWICE WEEK (160 MG/WEEK)..... 18
 XTANDI..... 18
 XYREM 221
Y
 YONSA..... 18
Z
 ZARXIO..... 222
 ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200
 MG, 300 MG 18
 ZELBORAF 18
 ZEPATIER..... 223
 ZIEXTENZO 142
 ziprasidone mesylate..... 65
 ZOLINZA 18
 ZYDELIG 18
 ZYKADIA..... 18
 ZYPREXA RELPREVV
 INTRAMUSCULAR SUSPENSION
 FOR RECONSTITUTION 210 MG 224