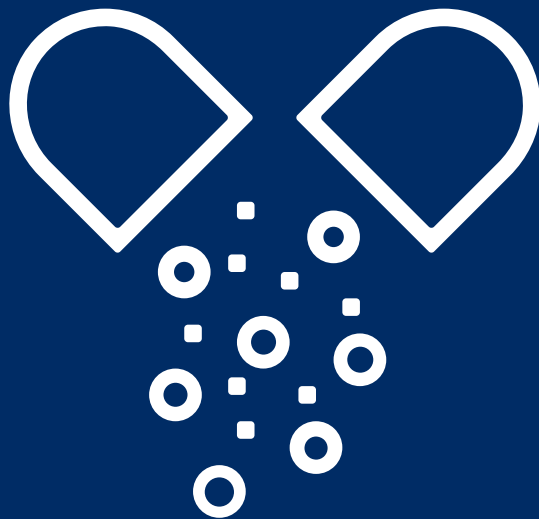


Este formulario fue actualizado el 21/11/2023. Si desea información más reciente o tiene otras dudas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Essence Healthcare al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, 711, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.



Formulario de Medicamentos

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE PLATINUM (HMO) - ESSENCE ADVANTAGE GOLD (HMO) - ESSENCE ADVANTAGE SELECT® (HMO)



Asistencia de los condados de Alameda, San Mateo y Santa Clara de California

Essence Advantage (HMO)

Formulario 2023

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

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

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

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

Examine detenidamente este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) aparezca "nosotros" o "nuestros" se refiere a Essence Advantage (HMO). Cuando aparezca "plan" o "nuestro plan", se refiere a Essence Advantage Platinum (HMO) y Essence Advantage Gold (HMO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir de diciembre 2023. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de nuestra última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Identificador de envío del archivo de formulario aprobado por el Sistema de Gestión de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS) 23417, Versión número 18

Y0027_23-165_C
21/11/2023

¿Qué es el formulario de Essence Advantage (HMO)?

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

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

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

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Puede que retiremos de inmediato un medicamento de marca comercial de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el nivel del mismo costo compartido o a un costo menor con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, puede que decidamos mantener el medicamento de marca comercial en nuestra lista de medicamentos, pero de inmediato lo cambiaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca comercial, puede que no le informemos por anticipado antes de que hagamos ese cambio, pero más adelante le daremos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial. El aviso que le daremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la siguiente sección que se titula: “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Essence Advantage (HMO)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** En caso de que la Administración de Alimentos y Medicamentos determine que uno de los medicamentos de nuestro formulario es inseguro, o de que el fabricante del medicamento lo retire del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca incluido actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O puede que hagamos cambios de acuerdo a nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o les añadimos requisitos de autorización previa, límite de cantidad o restricciones de terapia escalonada, o si movemos un medicamento a un nivel más alto de

costo compartido, debemos notificarles el cambio a los miembros afectados, por lo menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en el que el miembro solicite un nuevo surtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un surtido del medicamento para 30 días..

- Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial. El aviso que le daremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la siguiente sección que se titula: “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Essence Advantage (HMO)?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2023 que estaba cubierto al iniciar el año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura. No recibirá notificaciones directas este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del siguiente año, estos cambios podrían afectarlo, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para comprobar si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente a partir de diciembre 2023. Para obtener información actualizada sobre los fármacos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Verifique nuestra información de contacto en la portada y contraportada de este directorio. Si hacemos otros tipos de cambios en el formulario aparte de aquellos que se mencionaron anteriormente, que no sean de mantenimiento, les enviaremos por correo un aviso escrito a los miembros afectados a través de hojas de errata del formulario.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Trastorno médico

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

Lista por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice tiene un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice se incluyen tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Busque en el índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento verá el número de página en el que puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

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

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Essence Advantage?

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento se cubrirá a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podría pedirnos que surtamos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, si el medicamento no está en el nivel especializado (Nivel 5) o Nivel 6. De ser aprobado, esto disminuiría la cantidad que debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o límites de cobertura a su medicamento. Por ejemplo, en el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y que cubramos una mayor cantidad.

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Essence Advantage, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

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

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

Formulario de Essence Advantage

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

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

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

Lista de abreviaturas

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

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

GC: Brecha de cobertura. Brindamos cobertura adicional de este medicamento recetado durante la brecha de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

LA: Acceso Limitado. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su directorio de proveedores o llame sin costo a Servicio de Atención al Cliente al 1-855-996-8422 (TTY:711) de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los días feriados. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil, o visite www.EverythingEssence.com

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

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

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

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

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

QL: Límite de cantidad. En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que

cubrirá el plan. Por ejemplo, surtimos dieciocho tabletas por cada receta *sumatriptán succinato*. Esto puede ser adicional a un surtido estándar para uno o tres meses.

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

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

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

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	17
Agentes Antiansiedad.....	18
Agentes Antidemencia.....	20
Agentes Antidiabetico	20
Agentes Antigota	25
Agentes Antimigraña	25
Agentes Antinausea	27
Agentes Antiparasitarios	28
Agentes Antiparkinson	29
Agentes Antipsicóticos	31
Agentes Calóricos	37
Agentes Cardiovasculares.....	39
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	51
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	51
Agentes De Trastorno De Sueño	53
Agentes Del Sistema Nervioso Central	54
Agentes Del Tracto Respiratorio	59
Agentes Dentales Y Orales	64
Agentes Dermatológicos.....	64
Agentes Gastrointestinales	70
Agentes Genitourinarios	74
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	75
Agentes Inmunológicos	81
Agentes Oftálmicos.....	92
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	93
Agentes Terapeuticos Misceláneos	98

Agentes Vasodilatadores.....	100
Analgésicos.....	101
Anestésicos	106
Antagonistas De Metales Pesados	107
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	108
Antibacterianos.....	108
Anticonceptivos.....	116
Anticonvulsivos.....	125
Antidepresivos	130
Antifúngicos	133
Antihistamínicos	135
Antimicobacteriales.....	136
Antivirales (Sitémico).....	136
Dispositivos	143
Preparaciones De Reemplazo.....	182
Productos Para La Tos Y Resfriado.....	184
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	184
Reemplazo/Modificadores De Enzima	188
Relajantes Musculares Esqueléticos	190
Vitaminas Y Minerales	191

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG (pemetrexed disodium)	5	NM; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	GC
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (Bendeka)	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin)	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NM; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	2	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	5	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	2	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	4	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	5	PA NSO; NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 (vincristine) mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 (Vincasar PFS) mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 (pazopanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (2688 per 365 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	2	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	2	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
midazolam oral syrup 2 mg/ml	2	QL (10 per 30 days)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg	2	QL (120 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg (Restoril)	1	GC; QL (30 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg	2	QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg (Halcion)	2	QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg	2	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	2	
galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	2	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	2	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	2	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg (Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	4	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	2	QL (60 per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	6	GC; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	3	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70- <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> 30FlexPen U-100) (70-30)	2	SI; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70-30 U- <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> 100 Insulin) (70-30)	2	SI; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog PenFill U-100 <i>cartridge 100 unit/ml</i> Insulin)	2	SI; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog FlexPen U- <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> 100 Insulin)	2	SI; QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (Novolog U-100 Insulin aspart)	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	3	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	3	SI; QL (30 per 28 days)
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	SI; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release</i> (Glucotrol XL) <i>24hr 10 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release</i> (Glucotrol XL) <i>24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	6	GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	4	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	2	QL (24 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i> (Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	QL (9 per 27 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	2	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	2	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	2	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine)	2	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, (Mirapex)</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5</i> <i>mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5</i> <i>mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended</i> <i>release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6</i> <i>mg, 8 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5</i> <i>mg</i>	1	GC
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	2	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, (Latuda) 40 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg (Latuda)</i>	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln (Zyprexa) 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, (Zyprexa) 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i> (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	2	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> (Invega) <i>release 24hr 3 mg, 9 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> (Invega) <i>release 24hr 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Seroquel) <i>mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended</i> (Seroquel XR) <i>release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300</i> <i>mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg,</i> (Risperdal) <i>2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	2	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	2	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	GC
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr	2	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr	2	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr	2	QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	2	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
phenylephrine hcl injection solution (Vazculep) 10 mg/ml	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)	2	
Agentes Antiarrítmicos		
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg (Pacerone)	2	
amiodarone oral tablet 200 mg (Pacerone)	1	GC
disopyramide phosphate oral capsule (Norpac) 100 mg, 150 mg	2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)	1	GC
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	GC
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	2	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	GC
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	GC
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i> (Twynsta)	2	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	6	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	6	GC
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	6	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	6	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	6	GC
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	2	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	6	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	2	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	3	QL (30 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet 500 mg (Niacor)	1	GC
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	
niacor oral tablet 500 mg (niacin)	2	
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg	6	GC
pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg	6	GC; QL (30 per 30 days)
prevalite oral powder in packet 4 gram (cholestyramine-aspartame)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Crestor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Zocor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg	6	GC; QL (30 per 30 days)
Diuréticos		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lasix)</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)</i>	1	GC
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>torsemide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	6	GC
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	6	GC
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Accupril)	6	GC
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Accuretic)	6	GC
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Altace)	6	GC
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	GC
trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg	6	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)	2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML (spironolactone)	4	ST; QL (600 per 30 days)
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg (Inspra)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg (Isordil Titrados)	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	GC
isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg (BiDil)	2	
minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (nitroglycerin)	2	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	2	
nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	5	NM; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	5	PA; NM; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	3	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	2	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	2	
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	2	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	2	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	
<i>clonidine hcl oral tablet extended</i> (Kapvay) <i>release 12 hr 0.1 mg</i>	2	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10</i> (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Dexedrine Spansule) <i>capsule, extended release 10 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> <i>capsule, extended release 15 mg, 5</i> <i>mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 10 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule,extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule,extended release 24hr</i> <i>20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall) <i>oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20</i> <i>mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule,delayed release(dr/ec) 120</i> <i>mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	2	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %) (Acetadote)	2	
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	PA BvD
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50- 75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion- salmeterol)	3 QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2</i> <i>ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION (fluticasone propionate) BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION (fluticasone propionate) BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone propionate) HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone propionate) HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION (fluticasone propionate) HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> (Wixela Inhub) <i>inhalation blister with device 100-50</i> <i>mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50</i> <i>mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA (budesonide-formoterol) AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30.6 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose (fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos		
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	GC
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	GC
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (Proventil HFA)	2	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	2	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg	2	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i> (theophylline)	2	
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	2	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Oralone)	2	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	2	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone valerate topical foam</i> (Luxiq) 0.12 %	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i> 0.1 %	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i> 0.1 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i> 0.05 %	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i> 0.05 % (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution</i> 0.05 %	2	
<i>clobetasol topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>clobetasol topical foam</i> 0.05 % (Olux)	2	
<i>clobetasol topical gel</i> 0.05 %	2	
<i>clobetasol topical lotion</i> 0.05 % (Clobex)	2	
<i>clobetasol topical ointment</i> 0.05 % (Temovate)	2	
<i>clobetasol topical shampoo</i> 0.05 % (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream</i> 0.05 %	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam</i> 0.05 % (Olux-E)	2	
<i>desonide topical cream</i> 0.05 % (DesOwen)	2	
<i>desonide topical lotion</i> 0.05 %	2	
<i>desonide topical ointment</i> 0.05 %	2	
<i>desoximetasone topical cream</i> 0.05 %, 0.25 % (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel</i> 0.05 % (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment</i> 0.05 %, 0.25 % (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment</i> 0.05 %	2	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream</i> 0.01 %	2	
<i>fluocinolone topical cream</i> 0.025 % (Synalar)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	2	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	GC
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Calsodore)	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP (alcohol swabs) PADS	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% PREP (alcohol swabs) PAD	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	2	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) WIPES	1	GC
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL (alcohol swabs) PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, (isotretinoin) 30 mg, 40 mg	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
clindamycin phosphate topical foam (Clindacin) 1 %	2	QL (100 per 30 days)
clindamycin phosphate topical (Cleocin T) solution 1 %	2	QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab (Clindacin ETZ) 1 %	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical (Neuac) gel 1.2 %(1 % base) -5 %	2	
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %	2	
ery pads topical swab 2 % (erythromycin with ethanol)	2	
erythromycin with ethanol topical gel (Erygel) 2 %	2	QL (180 per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	QL (180 per 30 days)
erythromycin-benzoyl peroxide (Benzamycin) topical gel 3-5 %	2	
gentamicin topical cream 0.1 %	2	QL (120 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	2	QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 % (Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 0.75 % (Rosadan)	2	
metronidazole topical gel 1 % (Metrogel)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Fosrenol)	5	NM; NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	5	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium,potassium,mag sulfates)	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	2	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	2	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) <i>0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	2	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	2	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	2	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv</i> (DDAVP)	5	NM; NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>500 mcg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml),</i> <i>500 mcg/ml (1 ml)</i>	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	PA; NM; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i> <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>hydroxyprogesterone caproate</i> <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10</i> <i>ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> <i>mg</i>	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50</i> <i>mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral</i> (Prometrium) <i>capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	2	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)- 20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	2	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML toxoids-td)	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR (typhoid vi polysacch SYRINGE 25 MCG/0.5 ML vaccine)	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (brimonidine) (EYE) DROPS 0.1 %	3	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	2	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %	2	
brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.15 %	4	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	2	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) (Combigan) drops 0.2-0.5 %	2	
brinzolamide ophthalmic (eye) (Azopt) drops,suspension 1 %	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	2	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) (Cosopt) drops 22.3-6.8 mg/ml	2	
latanoprost ophthalmic (eye) drops (Xalatan) 0.005 %	1	GC; QL (2.5 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	2	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)

Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta

Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta

<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (sulfacetamide sodium)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 per 7 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Zymaxid)	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	2	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) drops</i> (Restasis) 0.05 %	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetate oil otic (ear) drops</i> 0.01 % (DermOtic Oil)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.1 % (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Acular)	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel</i> 0.5 % (Lotemax)	2	QL (10 per 13 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.5 % (Lotemax)	2	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/actuation (Nasonex 24hr Allergy)	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 1 % (Pred Forte)	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (5.5 per 28 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (proparacaine)	2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	4	
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol</i> (Astepro Allergy) <i>205.5 mcg (0.15 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye)</i> (Bepreve) <i>drops 1.5 %</i>	2	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye)</i> (Cyclogyl) <i>drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i> (Patanase) 0.6 %	2	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch- 0.1 % Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch Relief) 0.2 %	2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> (Alcaine) 0.5 %	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
Agentes Terapeúticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeúticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i> (Vistaril)	1	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	1	GC
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon Timespan)	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NM; NDS; QL (24 per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i> (Veletri)	5	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	5	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	2	
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup outer 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	2	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (codeine-butalbital-asa-caff)	2	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	2	QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i> (Fioricet with Codeine)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i> (Tencon)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i> (Zebutal)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml</i>	2	QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-bitalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg</i> (methadone)	2	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 10-325 mg	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 7.5-325 mg	2	QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL (oxycodone) TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital- acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital- acetaminophen-caff)	2	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 1% 50 mg/5 ml vial sdv, p/f 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	
<i>lidocaine hcl 2% ampul outer,p/f,sdv 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i> (Desferal)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tobramycin sulfate injection solution</i> 40 mg/ml	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln</i> 50,000 unit	2	
<i>chloramphenicol sod succinate</i> <i>intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg,</i> (Cleocin HCl) <i>300 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> <i>intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln</i> (clindamycin palmitate <i>75 mg/5 ml</i> hcl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection</i> <i>solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection</i> (Cleocin) <i>solution 150 mg/ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous</i> <i>solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection</i> (Coly-Mycin M <i>recon soln 150 mg</i> Parenteral)	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln</i> (Cubicin RF) <i>500 mg</i>	5	NM; NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN (vancomycin) 25 MG/ML	4	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous</i> (Zyvox) <i>piggyback 600 mg/300 ml</i>	2	
<i>linezolid oral suspension for</i> (Zyvox) <i>reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1</i> (Hiprex) <i>gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> (Metro I.V.) <i>intravenous piggyback 500 mg/100</i> <i>ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg,</i> <i>500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral</i> (Macrochantin) <i>capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NM; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	2	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
<i>piperacil-tazobact 3.375 gm vl inner, sub 3.375 gram</i>	2	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i> (Cipro)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	2	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	2	
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	2	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	GC
moxifloxacin oral tablet 400 mg	2	
Sulfonamidas		
sulfadiazine oral tablet 500 mg	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml (Sulfatrim)	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg (Bactrim)	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg (Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	2	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg (doxycycline hyclate)	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg (Doxy-100)	2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg (Morgidox)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg (LymePak)	2	
doxycycline hyclate oral tablet 20 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 75 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg, 50 mg (Doryx)	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg (Mondoxyne NL)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	
<i>mondoxylene nl oral capsule 75 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg- mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol- e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
ELLA ORAL TABLET 30 MG		4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	2	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(LoJaimiess)	2	QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	2	QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Mili)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>		2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol- e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)		4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	GC
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i>		4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>xulane transdermal patch weekly</i> 150-35 mcg/24 hr	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly</i> 150-35 mcg/24 hr	2	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	4	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	5	NM; NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphephenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	2	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	2	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 (Topamax) mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 (Topamax) mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NM; NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 (Vigadrone) mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadrone)</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 (vigabatrin) mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg (vigabatrin)</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg (Zonegran)	2	
zonisamide oral capsule 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg	2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg (Wellbutrin XL)	2	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg (Wellbutrin SR)	2	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (600 per 30 days)
citalopram oral tablet 10 mg (Celexa)	1	GC; QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg (Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg (Anafranil)	2	
desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg (Norpramin)	2	
desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg	2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg (Pristiq)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i> (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg	2	
<i>nefazodone oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	2	
<i>nortriptyline oral capsule</i> 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg (Pamelor)	1	GC
<i>nortriptyline oral solution</i> 10 mg/5 ml	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i> 10 mg/5 ml (Paxil)	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release</i> 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg (Paxil CR)	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i> 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	2	
<i>phenelzine oral tablet</i> 15 mg (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	2	
<i>sertraline oral concentrate</i> 20 mg/ml (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet</i> 10 mg (Parnate)	2	
<i>trazodone oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	1	GC
<i>trimipramine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release</i> 24hr 112.5 mg	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release</i> 24hr 150 mg (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i> (Cancidas)	2	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	2	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	2	QL (170 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	PA; NM; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	2	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML (posaconazole)	5	NM; NDS
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml</i> (Noxafil)	5	NM; NDS
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml	2	
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml (Xyzal)	2	
levocetirizine oral tablet 5 mg (24HR Allergy Relief)	1	GC
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	2	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	2	
ethambutol oral tablet 100 mg	2	
ethambutol oral tablet 400 mg (Myambutol)	2	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	2	
rifabutin oral capsule 150 mg (Mycobutin)	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg (Rifadin)	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
abacavir oral solution 20 mg/ml (Ziagen)	2	
abacavir oral tablet 300 mg (Ziagen)	2	
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg (Epzicom)	2	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg (Trizivir)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
APRETUDE INTRAMUSCULAR (cabotegravir) SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200- 25-300 MG	5	NM; NDS
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100- 300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelece)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i> (Combivir) 150-300 mg	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i> 400- (Kaletra) 100 mg/5 ml	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i> 100-25 (Kaletra) mg	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet</i> 200-50 (Kaletra) mg	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet</i> 150 mg, 300 (Selzentry) mg	5	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension</i> 50 mg/5 ml	2	
<i>nevirapine oral tablet</i> 200 mg	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release</i> 24 hr 100 mg, 400 mg	2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25- 25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800- 150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension,extended release</i> 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYMITUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50- 300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300- 150-300 MG (abacavir-lamivudine- zidovudine)	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	4	PA
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	2	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID 150-100 MG PACK (RENAL DOSE)(EUA) INNER	4	
PAXLOVID 300-100 MG PACK (EUA) OUTER 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	4	
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (Zovirax)	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	2	
acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	2	PA BvD
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg (Hepsera)	2	
cidofovir intravenous solution 75 mg/ml	5	NM; NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg	4	QL (40 per 5 days)
ribavirin inhalation recon soln 6 gram (Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
ribavirin oral capsule 200 mg	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml (Valcyte)	5	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg (Valcyte)	2	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	5	PA BvD; NM; NDS

Dispositivos

Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTD 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTD 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTD 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O (insulin syringe NEEDLE needleless)	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" (Advocate Syringes) SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	GC
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, safety) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DRUG MART ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle u-100) SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL (insulin syringe 1 ML needleless)	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	2	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	GC
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		2	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" (Advocate Syringes) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insuln Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (Advocate Syringes)	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	2	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 (1st Tier Unifine GAUGE X 5/32" Pentips)	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 (BD Ultra-Fine Micro GAUGE X 1/4" Pen Needle)	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 (Comfort EZ Pen GAUGE X 5/16" Needles)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML (insulin syringe-needle 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	2	
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	2	
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
PRO COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
PRODIGY INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (BD Veo Insulin Syringe UF)	2	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (BD Veo Insulin Syringe UF)	2	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (BD Veo Insulin Syringe UF)	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 (Lite Touch Insulin Syringe)	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM (Comfort EZ PRO 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", (gauze bandage) STERILE 2 X 2 "	1	GC
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	2	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"		2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"		2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"		2	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"		2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100) 2	

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE		2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"		2	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	3	
V-GO 30 DEVICE	3	
V-GO 40 DEVICE	3	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	2	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
electrolyte-148 intravenous parenteral solution (Plasma-Lyte 148)	2	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i> (K-Tab)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	2	
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	4	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution</i> (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)	2	
<i>tranexamic acid oral tablet</i> 650 mg	2	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule</i> 150 mg, 75 mg (Pradaxa)	2	ST; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 30 mg/0.3 ml (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 40 mg/0.4 ml (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 60 mg/0.6 ml (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 5 mg/0.4 ml (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	2	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	GC
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS
DOPTelet (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOPTLET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTLET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NM; NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS (plerixafor) SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	5	NM; NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>plerixafor subcutaneous solution 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml)</i> (Mozobil)	5	NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NM; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NM; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NM; NDS
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NM; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (nitisinone)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT	3	

Relajantes Musculares

Esqueléticos

Relajantes Musculares Esqueléticos

<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i> (Dodex)	2	EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i> (Drisdol)	2	EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) (pnv,calcium 72-iron-27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	2	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

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

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	143	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	144	
A		
<i>abacavir</i>	136	
<i>abacavir-lamivudine</i>	136	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	136	
ABELCET.....	133	
ABILIFY MAINTENA.....	31	
<i>abiraterone</i>	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	144	
ABRAXANE.....	3	
ABRYSVO.....	87	
<i>acamprosate</i>	18	
<i>acarbose</i>	21	
<i>accutane</i>	67	
<i>acebutolol</i>	40	
<i>acetaminophen-codeine</i>	103	
<i>acetazolamide</i>	92	
<i>acetazolamide sodium</i>	92	
<i>acetic acid</i>	93	
<i>acetylcysteine</i>	59	
<i>acitretin</i>	67	
ACTEMRA	82	
ACTEMRA ACTPEN.....	82	
ACTHAR	79	
ACTHIB (PF).....	88	
ACTIMMUNE	98	
<i>acyclovir</i>	67, 142, 143	
<i>acyclovir sodium</i>	143	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) ..	88	
ADAKVEO	184	
<i>adapalene</i>	70	
<i>adefovir</i>	143	
ADEMPAS	100	
<i>adrucil</i>	3	
ADVAIR HFA.....	60	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	144, 145	
ADVOCATE SYRINGES...	144	
<i>afirmelle</i>	116	
AJOVY AUTOINJECTOR ...	25	
AJOVY SYRINGE.....	25	
AKEEGA.....	3	
AKYNZEO		
(FOSNETUPITANT)	27	
AKYNZEO (NETUPITANT)	27	
<i>ala-cort</i>	64	
<i>ala-scalp</i>	64	
<i>albendazole</i>	28	
<i>albuterol sulfate</i>	62	
<i>alcaine</i>	97	
<i>alclometasone</i>	64	
ALCOHOL PADS.....	67	
ALCOHOL PREP PADS	68	
ALCOHOL PREP SWABS...	67	
ALCOHOL SWABS	67	
ALCOHOL WIPES	68	
ALDURAZYME	189	
ALECENSA	3	
<i>alendronate</i>	51, 52	
<i>alfuzosin</i>	74	
ALIMTA.....	3	
<i>aliskiren</i>	50	
<i>allopurinol</i>	25	
<i>alosetron</i>	51	
ALPHAGAN P	92	
<i>alprazolam</i>	19	
ALREX.....	95	
<i>altavera</i> (28).....	116	
ALTRENO.....	70	
ALUNBRIG.....	3	
<i>alyacen 1/35</i> (28)	116	
<i>alyacen 7/7/7</i> (28)	116	
<i>alyq</i>	100	
<i>amabelz</i>	76	
<i>amantadine hcl</i>	29	
<i>ambrisentan</i>	100	
<i>amethia</i>	116	
<i>amiloride</i>	48	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	48	
AMINOSYN-PF 7 %		
(SULFITE-FREE).....	37	
<i>amiodarone</i>	39	
<i>amitriptyline</i>	130	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>	130	
<i>amlodipine</i>	45	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> ...	45, 46	
<i>amlodipine-benazepril</i>	45	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	45	
<i>amlodipine-valsartan</i>	45	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiamid</i>	45	
<i>ammonium lactate</i>	67	
<i>amoxapine</i>	130	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>	70	
<i>amoxicillin</i>	113	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .	113	
<i>amphotericin b</i>	133	
<i>amphotericin b liposome</i>	133	
<i>ampicillin</i>	113	
<i>ampicillin sodium</i>	113	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	114	

<i>anagrelide</i>	184	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	117	BD INSULIN SYRINGE U-500	
<i>anastrozole</i>	3	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	117	.....	146
ANORO ELLIPTA	62	<i>aurovela 24 fe</i>	117	BD INSULIN SYRINGE	
<i>apomorphine</i>	29	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	117	ULTRA-FINE	146
APONVIE	27	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	117	BD NANO 2ND GEN PEN	
<i>apraclonidine</i>	97	AUSTEDO.....	54	NEEDLE	146
<i>aprepitant</i>	27	AUSTEDO XR.....	54	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
APRETUDE	137	AUSTEDO XR TITRATION		SYRINGE	146, 147
<i>apri</i>	116	KT(WK1-4)	54	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	
APTIOM.....	125	AUVELITY	130	.....	146
APTIVUS	137	<i>aviane</i>	117	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	
AQINJECT PEN NEEDLE..	145	AVONEX	54	.....	147
<i>aranelle (28)</i>	116	AVSOLA	82	BD ULTRA-FINE MICRO	
ARCALYST	82	<i>ayuna</i>	117	PEN NEEDLE	147
AREXVY (PF)	88	AYVAKIT	3	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
AREXVY ANTIGEN		<i>azacitidine</i>	3	NEEDLE	147
COMPONENT	88	<i>azathioprine</i>	82	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
<i>aripiprazole</i>	31, 32	<i>azathioprine sodium</i>	82	NEEDLE	147
ARISTADA.....	32	<i>azelastine</i>	97	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
ARISTADA INITIO	32	<i>azithromycin</i>	112	NEEDLE	147
<i>armodafinil</i>	53	<i>aztreonam</i>	110	BD ULTRA-FINE SHORT	
ARNUITY ELLIPTA.....	61	<i>azurette (28)</i>	117	PEN NEEDLE	147
<i>ascomp with codeine</i>	103	B		BD VEO INSULIN SYR	
<i>asenapine maleate</i>	32	<i>bacitracin</i>	93, 109	(HALF UNIT).....	147
<i>ashlyna</i>	117	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	93	BD VEO INSULIN SYRINGE	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	186	<i>baclofen</i>	190	UF	147
ASSURE ID DUO-SHIELD	145	<i>bal-care dha</i>	191	BELSOMRA.....	53
ASSURE ID INSULIN		<i>bal-care dha essential</i>	191	<i>benazepril</i>	49
SAFETY.....	145	<i>balsalazide</i>	51	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
ASSURE ID PEN NEEDLE	145	BALVERSA	3	.....	49
ASSURE ID PRO PEN		<i>balziva (28)</i>	117	<i>bendamustine</i>	3
NEEDLE	145	BCG VACCINE, LIVE (PF). 88		BENDAMUSTINE	3
<i>atazanavir</i>	137	BD ALCOHOL SWABS.....	67	BENDEKA	4
<i>atenolol</i>	40	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BENLYSTA.....	82
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	40	NEEDLE.....	145	<i>benzonatate</i>	184
<i>atomoxetine</i>	54	BD ECLIPSE LUER-LOK..	145	<i>benztropine</i>	29, 30
<i>atorvastatin</i>	46	BD INSULIN SYRINGE	146	<i>bepotastine besilate</i>	97
<i>atovaquone</i>	29	BD INSULIN SYRINGE		BESREMI	82
<i>atovaquone-proguanil</i>	29	(HALF UNIT).....	145	<i>betaine</i>	98
<i>atropine</i>	97	BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>betamethasone acet,sod phos</i> .78	
ATROVENT HFA	62	TIP	146	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	64
<i>aubra eq</i>	117			<i>betamethasone valerate</i> ...	64, 65

<i>betamethasone, augmented</i>	65	<i>buprenorphine-naloxone</i>	18	<i>carboplatin</i>	4
BETASERON	55	<i>bupropion hcl</i>	130	CAREFINE PEN NEEDLE 147,	148
<i>betaxolol</i>	40, 92	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	18	CARETOUCH ALCOHOL	
<i>bethanechol chloride</i>	75	.....	18	PREP PAD	68
<i>bexarotene</i>	4	<i>buspirone</i>	98	CARETOUCH INSULIN	
BEXSERO.....	88	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	104	SYRINGE	148
BEYFORTUS.....	141	.....	104	CARETOUCH PEN NEEDLE	
<i>bicalutamide</i>	4	<i>butalbital-acetaminophen</i>	104	.....	148
BICILLIN L-A	114	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	104	<i>carglumic acid</i>	72
BIKTARVY	137	.....	104	CAROSPIR	50
<i>bimatoprost</i>	92	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ...	104	<i>carteolol</i>	92
<i>bisoprolol fumarate</i>	40	<i>butorphanol</i>	104	<i>cartia xt</i>	42
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	40	C		<i>carvedilol</i>	40
<i>bleomycin</i>	4	CABENUVA	137	<i>caspofungin</i>	133
<i>bleph-10</i>	93	<i>cabergoline</i>	30	CAYSTON.....	110
<i>blisovi 24 fe</i>	117	CABLIVI.....	184	<i>caziant (28)</i>	117
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	117	CABOMETYX.....	4	<i>cefaclor</i>	110
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	117	<i>cabotegravir</i>	137	<i>cefadroxil</i>	110, 111
BOOSTRIX TDAP	88	<i>caffeine citrate</i>	55	<i>cefazolin</i>	111
BORDERED GAUZE.....	147	<i>calcipotriene</i>	67	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	111
<i>bortezomib</i>	4	<i>calcitonin (salmon)</i>	52	<i>cefdinir</i>	111
BORTEZOMIB.....	4	<i>calcitriol</i>	52	<i>cefepime</i>	111
<i>bosentan</i>	100	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	73, 74	<i>cefixime</i>	111
BOSULIF	4	.....	182	<i>cefotaxime</i>	111
BRAFTOVI.....	4	<i>calcium chloride</i>	182	<i>cefoxitin</i>	111
BREO ELLIPTA	61	CALQUENCE	4	<i>cefpodoxime</i>	111
BREZTRI AEROSPHERE	62	CALQUENCE		<i>cefprozil</i>	111
<i>briellyn</i>	117	(ACALABRUTINIB MAL) 4		<i>ceftazidime</i>	111
BRILINTA	186	<i>camila</i>	117	<i>ceftriaxone</i>	111
<i>brimonidine</i>	92	<i>candesartan</i>	44	<i>cefuroxime axetil</i>	111
<i>brimonidine-timolol</i>	92	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	44	<i>cefuroxime sodium</i>	112
<i>brinzolamide</i>	92	.....	44	<i>celecoxib</i>	101
BRIVIACT	125	CAPLYTA.....	32	<i>cephalexin</i>	112
<i>bromfenac</i>	95	CAPRELSA.....	4	CERDELGA	189
<i>bromocriptine</i>	30	<i>captopril</i>	49	CEREZYME	189
BROMSITE.....	95	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>cevimeline</i>	64
BRUKINSA	4	<i>carbamazepine</i>	125	<i>chateal eq (28)</i>	117
<i>budesonide</i>	51, 61	<i>carbidopa</i>	30	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	109
<i>bumetanide</i>	48	<i>carbidopa-levodopa</i>	30	.....	109
<i>buprenorphine</i>	103	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	30	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	19
<i>buprenorphine hcl</i>	18, 103	.....	30	<i>chlorhexidine gluconate</i>	64
		<i>carbinoxamine maleate</i>	135		

<i>chloroquine phosphate</i>	29	CLINIMIX 4.25%/D5W		<i>colestipol</i>	46
<i>chlorothiazide sodium</i>	48	SULFIT FREE	37	<i>colistin (colistimethate na)</i> ...	109
<i>chlorpromazine</i>	32	CLINIMIX 5%-		COMBIVENT RESPIMAT ...	62
<i>chlorthalidone</i>	48	D20W(SULFITE-FREE)...	37	COMETRIQ.....	4, 5
<i>chlorzoxazone</i>	190	CLINIMIX 6%-D5W		COMFORT EZ INSULIN	
<i>cholestyramine (with sugar)</i> ...	46	(SULFITE-FREE)	37	SYRINGE	149, 150
<i>cholestyramine light</i>	46	CLINIMIX 8%-		COMFORT EZ PEN NEEDLES	
<i>ciclopirox</i>	133	D10W(SULFITE-FREE)...	37	.....	149, 150
<i>cidofovir</i>	143	CLINIMIX 8%-		COMFORT EZ PRO SAFETY	
<i>cilostazol</i>	186	D14W(SULFITE-FREE)...	37	PEN NDL.....	150
CIMDUO.....	137	CLINIMIX E 2.75%/D5W		COMFORT TOUCH PEN	
<i>cimetidine</i>	70	SULF FREE.....	38	NEEDLE	150, 151
<i>cimetidine hcl</i>	70	CLINIMIX E 4.25%/D10W		COMPLERA.....	137
CIMZIA.....	82	SUL FREE	38	<i>completenate</i>	191
CIMZIA POWDER FOR		CLINIMIX E 4.25%/D5W		<i>compro</i>	27
RECONST.....	82	SULF FREE.....	38	<i>constulose</i>	72
<i>cinacalcet</i>	52	CLINIMIX E 5%/D15W		COPAXONE.....	55
CINQAIR	59	SULFIT FREE	38	COPIKTRA.....	5
CINRYZE.....	186	CLINIMIX E 5%/D20W		CORLANOR.....	43
<i>ciprofloxacin</i>	114	SULFIT FREE	38	CORTROPHIN GEL	79
<i>ciprofloxacin hcl</i>	93, 114	CLINIMIX E 8%-D10W		COSENTYX	82
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		SULFITEFREE	38	COSENTYX (2 SYRINGES)	82
.....	114	CLINIMIX E 8%-D14W		COSENTYX PEN (2 PENS) .	82
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .	93	SULFITEFREE	38	COSENTYX UNOREADY	
<i>citalopram</i>	130	<i>clobazam</i>	125	PEN	82
<i>cladribine</i>	4	<i>clobetasol</i>	65	COTELLIC	5
<i>clarithromycin</i>	112	<i>clobetasol-emollient</i>	65	CREON	189
<i>clemastine</i>	135	<i>clomipramine</i>	130	<i>cromolyn</i>	59, 72, 97
CLENPIQ.....	74	<i>clonazepam</i>	19	<i>cryselle (28)</i>	117
CLICKFINE PEN NEEDLE		<i>clonidine</i>	39	CURAD GAUZE PAD	151
.....	148, 149	<i>clonidine hcl</i>	39, 55	CURITY ALCOHOL SWABS	
<i>clindamycin hcl</i>	109	<i>clopidogrel</i>	186	.....	68
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	109	<i>clorazepate dipotassium</i>	19	CURITY GAUZE	151
<i>clindamycin pediatric</i>	109	<i>clotrimazole</i>	133	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	
<i>clindamycin phosphate</i> ..	69, 108,	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	133	.....	191
109		<i>clozapine</i>	32	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	117
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	69	<i>c-nate dha</i>	191	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	118
CLINIMIX 5%/D15W		COARTEM.....	29	<i>cyclobenzaprine</i>	190
SULFITE FREE	37	<i>codeine sulfate</i>	104	<i>cyclopentolate</i>	97
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF		<i>codeine-bitalbital-asa-caff</i> ..	104	<i>cyclophosphamide</i>	5
FREE	37	<i>colchicine</i>	25	<i>cyclosporine</i>	83, 96
		<i>colesevelam</i>	46	<i>cyclosporine modified</i>	83

cyproheptadine135
 CYRAMZA5
cyred eq118
 CYSTADROPS97
 CYSTARAN97
D
d5 % and 0.9 % sodium chloride
182
d5 %-0.45 % sodium chloride
182
dabigatran etexilate.....185
dalfampridine55
danazol76
dantrolene.....191
 DANYELZA5
dapsone.....136
 DAPTACEL (DTAP
 PEDIATRIC) (PF).....88
daptomycin109
darunavir ethanolate137
 DARZALEX5
 DARZALEX FASPRO5
dasetta 1/35 (28).....118
dasetta 7/7/7 (28)118
 DAURISMO.....5
daysee118
deblitane118
decitabine5
deferasirox.....107
deferiprone107
deferoxamine107
 DELSTRIGO.....137
demeclocycline115
 DENG VAXIA (PF).....88
denta 5000 plus64
dentagel64
 DERMACEA151
 DERMACEA NON-WOVEN
151
 DESCOVY137
desipramine130
desmopressin79

desog-e.estradiol/e.estradiol 118
desogestrel-ethinyl estradiol 118
desonide 65
desoximetasone 65
desvenlafaxine succinate 130
dexamethasone..... 78
dexamethasone sodium phos (pf)
 78
dexamethasone sodium
phosphate..... 78, 96
dexmethylphenidate 55
dextrazoxane hcl 98
dextroamphetamine sulfate.... 55
dextroamphetamine-
amphetamine..... 55
dextrose 10 % in water (d10w)
 38
dextrose 5 % in water (d5w).. 38
 DIACOMIT 125, 126
diazepam..... 19, 126
diazepam intensol 19
diazoxide 98
diclofenac potassium 101
diclofenac sodium.. 96, 101, 102
diclofenac-misoprostol 102
dicloxacillin 114
dicyclomine 72
didanosine..... 137
 DIFICID..... 112
diflorasone 65
diflunisal 102
difluprednate..... 96
digitek 43
digox 43
digoxin 43
dihydroergotamine..... 25, 26
 DILANTIN 126
diltiazem hcl..... 42
dilt-xr 42
dimenhydrinate 27
dimethyl fumarate 55, 56
 DIPENTUM..... 51

diphenhydramine hcl..... 135
diphenoxylate-atropine 72
dipyridamole 186
disopyramide phosphate 39
disulfiram 18
divalproex 126
docetaxel 5
dofetilide 39
donepezil 20
 DOPTELET (10 TAB PACK)
 186
 DOPTELET (15 TAB PACK)
 187
 DOPTELET (30 TAB PACK)
 187
dorzolamide..... 92
dorzolamide-timolol 92
dotti 76
 DOVATO..... 137
doxazosin..... 39
doxepin..... 131
doxercalciferol 52
doxorubicin 5
doxorubicin, peg-liposomal 5
doxy-100..... 115
doxycycline hyclate 115
doxycycline monohydrate.... 115,
 116
 DRIZALMA SPRINKLE 131
dronabinol..... 27
droperidol 27
 DROPLET INSULIN
 SYR(HALF UNIT) .. 151, 152
 DROPLET INSULIN
 SYRINGE 151, 152, 153
 DROPLET MICRON PEN
 NEEDLE 153
 DROPLET PEN NEEDLE .. 153
 DROPSAFE ALCOHOL PREP
 PADS 68
 DROPSAFE INSULIN
 SYRINGE 153

DROPSAFE PEN NEEDLE	153, 154	EASY TOUCH	156	EMTRIVA	138
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	118	SHEATHLOCK INSULIN	156	<i>enalapril maleate</i>	49
DROXIA	184	EASY TOUCH UNI-SLIP ..	157	<i>enalaprilat</i>	49
<i>droxidopa</i>	39	<i>ec-naproxen</i>	102	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	49
DUAVEE	76	<i>econazole</i>	133	ENBREL	83
<i>duloxetine</i>	131	EDARBI	44	ENBREL MINI	83
DUPIXENT PEN	83	EDARBYCLOR	44	ENBREL SURECLICK	83
DUPIXENT SYRINGE	83	EDURANT	137	ENDARI	98
<i>dutasteride</i>	74	<i>efavirenz</i>	137	<i>endocet</i>	104
<i>dutasteride-tamsulosin</i>	74	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	137	ENERGIX-B (PF)	88
E				ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	89
EASY COMFORT ALCOHOL		<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	138	<i>enilloring</i>	118
PAD	68			<i>enoxaparin</i>	185
EASY COMFORT INSULIN		EGRIFTA SV	79	<i>enpresse</i>	118
SYRINGE	154, 155	ELAPRASE	189	<i>enskyce</i>	118
EASY COMFORT PEN		<i>electrolyte-148</i>	182	ENSPRYNG	56
NEEDLES	154, 155	ELFABRIO	189	<i>entacapone</i>	30
EASY GLIDE INSULIN		ELIGARD	6	ENTADFI	75
SYRINGE	155	ELIGARD (3 MONTH)	5	<i>entecavir</i>	143
EASY GLIDE PEN NEEDLE		ELIGARD (4 MONTH)	6	ENTRESTO	44
	155	ELIGARD (6 MONTH)	6	<i>enulose</i>	72
EASY TOUCH	156, 157	<i>elinest</i>	118	EPCLUSA	141
EASY TOUCH ALCOHOL		ELIQUIS	185	EPIDIOLEX	126
PREP PADS	68	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>epinastine</i>	97
EASY TOUCH FLIPLOCK		START	185	<i>epinephrine</i>	43
INSULIN	156	ELITEK	189	<i>epitol</i>	126
EASY TOUCH FLIPLOCK		<i>elixophyllin</i>	63	EPIVIR HBV	138
SYRINGE	156	ELLA	118	EPKINLY	6
EASY TOUCH INSULIN		ELMIRON	98	<i>eplerenone</i>	50
SAFETY SYR	155, 156	ELREXFIO	6	<i>epoprostenol</i>	100
EASY TOUCH INSULIN		<i>eluryng</i>	118	EPRONTIA	126
SYRINGE	155, 156, 157	EMBRACE PEN NEEDLE	157, 158	<i>eprosartan</i>	44
EASY TOUCH LUER LOCK		EMCYT	6	ERBITUX	6
INSULIN	156	EMEND	27	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	191
EASY TOUCH PEN NEEDLE		EMGALITY PEN	26	<i>ergoloid</i>	20
	156	EMGALITY SYRINGE	26	ERIVEDGE	6
EASY TOUCH SAFETY PEN		<i>emoquette</i>	118	ERLEADA	6
NEEDLE	157	EMSAM	131	<i>erlotinib</i>	6
		<i>emtricitabine</i>	138	<i>errin</i>	118
		<i>emtricitabine-tenofov (tdf)</i>	138	<i>ertapenem</i>	110
				<i>ery pads</i>	69

<i>erythromycin</i>.....94, 113	<i>falmina (28)</i> 119	<i>fluconazole</i> 134
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> 112, 113	<i>famciclovir</i> 143	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> 134
<i>erythromycin with ethanol</i>.....69	<i>famotidine</i> 71	<i>flucytosine</i> 134
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> .....69	<i>famotidine (pf)</i> 71	<i>fludrocortisone</i> 78
<i>escitalopram oxalate</i> .....131	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> . 71	<i>flumazenil</i> 56
<i>esomeprazole magnesium</i>.....71	FANAPT..... 33	<i>flunisolide</i>.....96
<i>esomeprazole sodium</i> .....71	FARXIGA 21	<i>fluocinolone</i> 65, 66
<i>estarylla</i>.....118	FARYDAK..... 7	<i>fluocinolone acetonide oil</i> 96
<i>estazolam</i>.....19	FASENRA..... 59	<i>fluocinonide</i> 66
<i>estradiol</i>.....76, 77	FASENRA PEN 59	<i>fluocinonide-emollient</i> 66
<i>estradiol valerate</i>.....77	<i>febuxostat</i> 25	<i>fluoride (sodium)</i> 64
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..77	<i>felbamate</i> 126	<i>fluorometholone</i> 96
<i>eszopiclone</i> .....53	<i>felodipine</i> 45	<i>fluorouracil</i> 7, 68
<i>ethambutol</i>.....136	FEMRING 77	<i>fluoxetine</i> 131
<i>ethosuximide</i> .....126	<i>femynor</i> 119	<i>fluphenazine decanoate</i> 33
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....118, 119	<i>fenofibrate</i> 46	<i>fluphenazine hcl</i> 33
<i>etodolac</i> .....102	<i>fenofibrate micronized</i> 46	<i>flurazepam</i> 19
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....119	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .. 46	<i>flurbiprofen</i> 102
ETOPOPHOS.....6	<i>fenofibric acid (choline)</i> 46	<i>flurbiprofen sodium</i>.....96
<i>etoposide</i>.....6	<i>fenoprofen</i> 102	<i>flutamide</i> 7
<i>etravirine</i> .....138	<i>fentanyl</i> 104	<i>fluticasone propionate</i> 66, 96
EUCRISA.....65	<i>fentanyl citrate</i> 104	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> 61
EVENITY .....52	FERRIPROX 108	<i>fluvastatin</i> 46
<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....6	FERRIPROX (2 TIMES A DAY) 108	<i>fluvoxamine</i> 131
<i>everolimus (immunosuppressive)</i>.....83	<i>fesoterodine</i> 75	<i>folic acid</i> 191
EVOTAZ .....138	FETZIMA..... 131	<i>folivane-ob</i> 191
EVRYSDI.....98	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 23	<i>fomepizole</i> 98
EXEL INSULIN.....158	FIASP PENFILL U-100 INSULIN 23	<i>fondaparinux</i> 185
<i>exemestane</i> .....6	FIASP U-100 INSULIN 23	FORTEO 52
EXKIVITY .....7	<i>finasteride</i> 75	<i>fosamprenavir</i> 138
EXONDYS-51 .....98	<i>finolimid</i> 56	<i>fosaprepitant</i> 27
EYSUVIS .....96	FINTEPLA 126	<i>foscarnet</i> 141
EZALLOR SPRINKLE.....46	FIRVANQ 109	<i>fosinopril</i> 49
<i>ezetimibe</i>.....46	<i>flavoxate</i> 75	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> 49
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....46	FLEBOGAMMA DIF 83	<i>fosphenytoin</i> 126
F	<i>flecainide</i> 39	FOTIVDA 7
FABRAZYME .....189	FLOVENT DISKUS..... 61	FREESTYLE PRECISION.. 158
	FLOVENT HFA 61	FULPHILA 187
	<i>floxuridine</i> 7	<i>fulvestrant</i> 7
		<i>furosemide</i> 48

FUZEON	138	<i>glimepiride</i>	24, 25	HEPLISAV-B (PF)	89
FYARRO	7	<i>glipizide</i>	25	HERCEPTIN HYLECTA	7
<i>fyavolv</i>	77	<i>glipizide-metformin</i>	25	HERZUMA	7
FYCOMPA	126	<i>glyburide</i>	25	HETLIOZ LQ	53
FYLNETRA	187	<i>glyburide micronized</i>	25	HIBERIX (PF)	89
G		<i>glyburide-metformin</i>	25	HUMIRA	84
<i>gabapentin</i>	126, 127	<i>glycopyrrolate</i>	72	HUMIRA PEN	84
GALAFOLD	189	<i>glydo</i>	106	HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START	84
<i>galantamine</i>	20	GLYXAMBI	21	HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS	84
GAMIFANT	83	<i>granisetron (pf)</i>	27	HUMIRA(CF)	85
GAMMAGARD LIQUID	83	<i>granisetron hcl</i>	28	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	84
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	83	GRANIX	187	HUMIRA(CF) PEN	84
GAMMAPLEX	84	<i>griseofulvin microsize</i>	134	HUMIRA(CF) PEN CROHNS- UC-HS	84
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	84	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..	134	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	84
GAMUNEX-C	84	<i>guanfacine</i>	39, 56	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS	84
<i>ganciclovir sodium</i>	143	GVOKE	98	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	23
GARDASIL 9 (PF)	89	GVOKE HYOPEN 2-PACK	98	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	23
<i>gatifloxacin</i>	94	SYRINGE	98	<i>hydralazine</i>	43
GATTEX 30-VIAL	72	H		<i>hydrochlorothiazide</i>	48
GAUZE PAD	158	HAEGARDA	187	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	104, 105
<i>gavilyte-c</i>	74	<i>hailey</i>	119	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	105
<i>gavilyte-g</i>	74	<i>hailey 24 fe</i>	119	<i>hydrocortisone</i>	51, 66, 78
<i>gavilyte-n</i>	74	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	119	<i>hydrocortisone butyrate</i>	66
GAVRETO	7	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	119	<i>hydrocortisone valerate</i>	66
<i>gefitinib</i>	7	<i>halobetasol propionate</i>	66	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	94
<i>gemcitabine</i>	7	<i>haloette</i>	119	<i>hydrocortisone-min oil-wht pet</i>	66
<i>gemfibrozil</i>	46	<i>haloperidol</i>	33	<i>hydromorphone</i>	105
<i>generlac</i>	72	<i>haloperidol decanoate</i>	33	<i>hydromorphone (pf)</i>	105
<i>gengraf</i>	84	<i>haloperidol lactate</i>	33	<i>hydroxychloroquine</i>	29
<i>gentak</i>	94	HARVONI	141	<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i>	81
<i>gentamicin</i>	69, 94, 108	HAVRIX (PF)	89		
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	108	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	159		
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	108	HEALTHWISE PEN NEEDLE	159		
GENVOYA	138	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP... ..	159, 160		
GILENYA	56	<i>heather</i>	119		
GILOTRIF	7	HEMADY	78		
GIVLAARI	184	<i>heparin (porcine)</i>	185		
<i>glatiramer</i>	56	<i>heparin, porcine (pf)</i>	186		
<i>glatopa</i>	56				
GLEOSTINE	7				

<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	81	INFANRIX (DTAP) (PF)	89	ISENTRESS HD	138
<i>hydroxyurea</i>	7	INFLECTRA	85	<i>isibloom</i>	119
<i>hydroxyzine hcl</i>	135, 136	<i>infliximab</i>	85	ISOLYTE S PH 7.4	182
<i>hydroxyzine pamoate</i>	99	INGREZZA	56	ISOLYTE-P IN 5 %	
HYQVIA	85	INGREZZA INITIATION		DEXTROSE	182
I		PACK	56	ISOLYTE-S	182
<i>ibandronate</i>	52	INLYTA	8	<i>isoniazid</i>	136
IBRANCE	7	INPEN (FOR HUMALOG)		<i>isosorbide dinitrate</i>	50
<i>ibu</i>	102	BLUE	160	<i>isosorbide mononitrate</i>	50
<i>ibuprofen</i>	102	INPEN (NOVOLOG OR		<i>isosorbide-hydralazine</i>	50
<i>ibuprofen-famotidine</i>	102	FIASP) BLUE	160	<i>isradipine</i>	45
<i>icatibant</i>	43	INQOVI	8	<i>itraconazole</i>	134
<i>iclevia</i>	119	INREBIC	8	IV PREP WIPES	68
ICLUSIG	7	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	23	<i>ivermectin</i>	29
<i>icosapent ethyl</i>	46	<i>insulin aspart u-100</i>	23, 24	IXIARO (PF)	89
IDHIFA	8	INSULIN SYR/NDL U100		J	
<i>ifosfamide</i>	8	HALF MARK	160	<i>jaimiess</i>	119
IGALMI	99	INSULIN SYRINGE	146	JAKAFI	8
ILARIS (PF)	85	INSULIN SYRINGE		<i>jantoven</i>	186
ILEVRO	96	MICROFINE	146	JARDIANCE	21
ILUMYA	85	INSULIN SYRINGE		<i>jasmiel (28)</i>	119
<i>imatinib</i>	8	NEEDLELESS	146	<i>javygtor</i>	189
IMBRUVICA	8	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JAYPIRCA	8, 9
<i>imipenem-cilastatin</i>	110	U-100	146, 148, 158, 160,	JEMPERLI	9
<i>imipramine hcl</i>	131	161, 168, 172		<i>jencycla</i>	119
<i>imipramine pamoate</i>	131	INSUPEN PEN NEEDLE ...	161	JENTADUETO	21
<i>imiquimod</i>	68	INTELENCE	138	JENTADUETO XR	21
IMJUDO	8	INTRALIPID	38	<i>jinteli</i>	77
IMLYGIC	8	INTRON A	142	<i>juleber</i>	119
IMOVAX RABIES VACCINE		INVEGA HAFYERA	33	JULUCA	138
(PF)	89	INVEGA SUSTENNA	33, 34	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	119
IMPAVIDO	29	INVEGA TRINZA	34	<i>junel 1/20 (21)</i>	119
INBRIJA	30	INVELTYS	96	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	119
<i>incassia</i>	119	INVIRASE	138	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	120
INCONTROL ALCOHOL		IPOL	89	<i>junel fe 24</i>	120
PADS	68	<i>ipratropium bromide</i>	63, 97	JUXTAPID	47
INCONTROL PEN NEEDLE		<i>ipratropium-albuterol</i>	63	JYNARQUE	48
.....	160	<i>irbesartan</i>	44	JYNNEOS (PF)(STOCKPILE)	
INCRELEX	79	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		.....	89
<i>indapamide</i>	48	.....	44	K	
<i>indomethacin</i>	102	<i>irinotecan</i>	8	<i>kalliga</i>	120
		ISENTRESS	138	KALYDECO	59

KANJINTI.....	9	<i>lansoprazole</i>	71	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	109
KANUMA.....	189	<i>lanthanum</i>	74	LINZESS.....	72
<i>kariva (28)</i>	120	<i>lapatinib</i>	9	<i>liothyronine</i>	75
KATERZIA.....	45	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	120	LISCO	161
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	120	<i>larin 1/20 (21)</i>	120	<i>lisinopril</i>	49
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	120	<i>larin 24 fe</i>	120	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	49
KERENDIA	50	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	120	LITE TOUCH INSULIN PEN	
KESIMPTA PEN	56	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	120	NEEDLES.....	161, 162
<i>ketoconazole</i>	134	<i>larissia</i>	120	LITE TOUCH INSULIN	
<i>ketoprofen</i>	102	<i>latanoprost</i>	92	SYRINGE	162
<i>ketorolac</i>	96, 102, 103	<i>leflunomide</i>	85	<i>lithium carbonate</i>	56
KEVZARA.....	85	<i>lenalidomide</i>	9	<i>lithium citrate</i>	56
KEYTRUDA.....	9	LENVIMA.....	10	LIVALO.....	47
KIMMTRAK.....	9	<i>lessina</i>	120	<i>lojaimiess</i>	121
KINERET.....	85	<i>letrozole</i>	10	LOKELMA.....	72
KINRIX (PF).....	89	<i>leucovorin calcium</i>	99	LONSURF	10
KISQALI.....	9	LEUKERAN.....	10	<i>loperamide</i>	72
KISQALI FEMARA CO-PACK		LEUKINE.....	187	<i>lopinavir-ritonavir</i>	139
.....	9	<i>leuprolide</i>	10	<i>lorazepam</i>	19, 20
KLISYRI	68	<i>leuprolide (3 month)</i>	10	<i>lorazepam intensol</i>	19
<i>klor-con m10</i>	183	<i>levetiracetam</i>	127	LORBRENA.....	10
<i>klor-con m15</i>	183	<i>levobunolol</i>	93	<i>loryna (28)</i>	121
<i>klor-con m20</i>	183	<i>levocarnitine</i>	99	<i>losartan</i>	44
KLOXXADO	18	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	99	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	44
KORLYM.....	21	<i>levocetirizine</i>	136	LOTEMAX	96
KOSELUGO	9	<i>levofloxacin</i>	94, 97, 115	LOTEMAX SM	96
<i>kosher prenatal plus iron</i>	191	<i>levofloxacin in d5w</i>	115	<i>loteprednol etabonate</i>	96
KRAZATI	9	<i>levoleucovorin calcium</i>	99	<i>lovastatin</i>	47
KRINTAFEL.....	29	<i>levonest (28)</i>	120	<i>low-ogestrel (28)</i>	121
KRYSTEXXA.....	189	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>		<i>loxapine succinate</i>	34
<i>kurvelo (28)</i>	120	.....	120, 121	<i>lo-zumandimine (28)</i>	121
KYNMOBI.....	30	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	121	<i>lubiprostone</i>	72
L		<i>levora-28</i>	121	LUMAKRAS	10
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	120	<i>levothyroxine</i>	75	LUMIGAN.....	93
<i>labetalol</i>	40, 41	LEXIVA	139	LUNSUMIO	10
<i>lacosamide</i>	127	<i>lidocaine</i>	107	LUPRON DEPOT.....	80
<i>lactulose</i>	72	<i>lidocaine (pf)</i>	39, 106, 107	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
<i>lagevrio (eua)</i>	143	<i>lidocaine hcl</i>	107	.....	10, 80
<i>lamivudine</i>	138	<i>lidocaine viscous</i>	107	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	139	<i>lidocaine-prilocaine</i>	107	.....	10
<i>lamotrigine</i>	127	<i>lillow (28)</i>	121	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	
<i>lanreotide</i>	79	<i>linezolid</i>	109	.....	10

LUPRON DEPOT-PED	80	MAVYRET	141	<i>methimazole</i>	76
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	80	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	163	<i>methocarbamol</i>	191
<i>lurasidone</i>	34	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methotrexate sodium</i>	11
<i>lutea</i> (28).....	121	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11
LYBALVI	34	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methoxsalen</i>	68
<i>lyleq</i>	121	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methscopolamine</i>	72
<i>lyllana</i>	77	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methsuximide</i>	127
LYNPARZA.....	10	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	163	<i>methyl dopa</i>	39
LYSODREN.....	10	MAYZENT.....	57	<i>methylphenidate hcl</i>	57, 58
LYTGOBI	11	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	57	<i>methylprednisolone</i>	78
<i>lyza</i>	121	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	57	<i>methylprednisolone acetate</i> ..	78
M		<i>meclizine</i>	28	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	78
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	163	<i>medroxyprogesterone</i>	81	<i>metoclopramide hcl</i>	73
MAGELLAN SYRINGE	163	<i>mefenamic acid</i>	103	<i>metolazone</i>	48
<i>magnesium sulfate</i>	183	<i>mefloquine</i>	29	<i>metoprolol succinate</i>	41
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	183	<i>megestrol</i>	11, 81	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	41
<i>magnesium sulfate in water</i> ..	183	MEKINIST	11	<i>metoprolol tartrate</i>	41
<i>malathion</i>	70	MEKTOVI.....	11	<i>metronidazole</i> ... 69, 70, 108, 109	
<i>maprotiline</i>	131	<i>meloxicam</i>	103	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	109
<i>maraviroc</i>	139	<i>memantine</i>	20	<i>metryrosine</i>	43
MARGENZA	11	MENACTRA (PF).....	89	<i>mexiletine</i>	39
<i>marlissa</i> (28)	121	MENQUADFI (PF)	89	<i>miconazole-3</i>	134
<i>marnatal-f</i>	191	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	89	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	163
MARPLAN	131	MEPSEVII.....	189	<i>microgestin fe 1/20</i> (28).....	121
MATULANE	11	<i>mercaptopurine</i>	11	<i>midazolam</i>	20
<i>matzim la</i>	42	<i>meropenem</i>	110	<i>midodrine</i>	39
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	57	<i>merzee</i>	121	<i>miglitol</i>	21
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	57	<i>mesalamine</i>	51	<i>miglustat</i>	189
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	57	<i>mesna</i>	99	<i>mili</i>	121
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	57	MESNEX.....	99	<i>mimvey</i>	77
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	57	<i>metadate er</i>	57	MINI ULTRA-THIN II.....	164
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	57	<i>metformin</i>	21	<i>minitrans</i>	50
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	57	<i>methadone</i>	105	<i>minocycline</i>	116
		<i>methadose</i>	105	<i>minoxidil</i>	50
		<i>methazalamide</i>	93	<i>mirtazapine</i>	131, 132
		<i>methenamine hippurate</i>	109	<i>misoprostol</i>	71
				<i>mitoxantrone</i>	11
				M-M-R II (PF)	90

<i>m-natal plus</i>	191	<i>naproxen</i>	103	<i>nitroglycerin</i>	50, 51
<i>modafinil</i>	53	<i>naratriptan</i>	26	<i>niva-plus</i>	192
<i>moexipril</i>	50	NATACYN.....	94	NIVESTYM.....	187
<i>molindone</i>	34	<i>nateglinide</i>	21	<i>nizatidine</i>	71
<i>mometasone</i>	66, 67, 96	NATPARA	52	NORDITROPIN FLEXPRO..	80
<i>mondoxylene nl</i>	116	NAYZILAM.....	127	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	
MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	41	.....	121
SAFETY SYRING ...	164, 165	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	121	<i>norethindrone acetate</i>	81
MONOJECT INSULIN		<i>nefazodone</i>	132	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
SYRINGE.....	164, 165	<i>neomycin</i>	108	.....	77, 122
MONOJECT SYRINGE	164	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> . 94		<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>		.....	122
COMFORT INSULIN.....	177	.....	94	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
<i>mono-lingen</i>	121	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	70	.....	122
<i>montelukast</i>	62	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>norlyda</i>	122
<i>morphine</i>	105	<i>dexameth</i>	94	NORMOSOL-M IN 5 %	
MORPHINE	105	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		DEXTROSE.....	183
<i>morphine concentrate</i>	105	.....	94	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	122
MOUNJARO.....	21	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	94	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	122
MOVANTIK	73	<i>neo-polycin</i>	95	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	122
<i>moxifloxacin</i>	94, 115	<i>neo-polycin hc</i>	95	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	122
MOZOBIL.....	187	NERLYNX	11	<i>nortriptyline</i>	132
MULTAQ.....	40	NEULASTA	187	NORVIR	139
<i>mupirocin</i>	70	NEULASTA ONPRO.....	187	NOVOFINE 30	165
MVASI	11	NEUPRO	31	NOVOFINE 32	165
<i>mycophenolate mofetil</i>	85	<i>nevirapine</i>	139	NOVOFINE PLUS	165
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ..	85	<i>newgen</i>	192	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>mynatal</i>	191	NEXLETOL	47	INSULIN.....	24
<i>mynatal advance</i>	191	NEXLIZET.....	47	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	
<i>mynatal plus</i>	191	<i>niacin</i>	47	100.....	24
<i>mynatal-z</i>	191	<i>niacor</i>	47	NOVOLIN N FLEXPEN.....	24
<i>mynate 90 plus</i>	191	<i>nicardipine</i>	45	NOVOLIN N NPH U-100	
MYRBETRIQ	75	NICOTROL	18	INSULIN.....	24
N		<i>nifedipine</i>	45	NOVOLIN R FLEXPEN	24
<i>nabumetone</i>	103	<i>nikki (28)</i>	121	NOVOLIN R REGULAR U100	
<i>nadolol</i>	41	<i>nilutamide</i>	11	INSULIN.....	24
<i>nafticillin</i>	114	NINLARO	11	NOVOTWIST	165
<i>nafticillin in dextrose iso-osm</i>	114	<i>nitazoxanide</i>	29	NOXAFIL	134
NAGLAZYME.....	189	<i>nitisinone</i>	99, 189	NPLATE	187
<i>naloxone</i>	18	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	109	NUBEQA.....	11
<i>naltrexone</i>	18	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		NUCALA.....	59
NAMZARIC.....	20	.....	110	NULOJIX.....	85

NUPLAZID	34	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	165	<i>orsythia</i>	122
NURTEC ODT.....	26	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	165	<i>oseltamivir</i>	141, 142
NUTRILIPID	38	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	165	OSMOLEX ER.....	31
<i>nyamyc</i>	134	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	165	OTEZLA	86
<i>nylia 1/35 (28)</i>	122	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	165	OTEZLA STARTER	86
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	122	OMNIPOD GO PODS.....	166	<i>oxaliplatin</i>	12
<i>nymyo</i>	122	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY.....	165	<i>oxandrolone</i>	76
<i>nystatin</i>	134, 135	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY.....	165	<i>oxazepam</i>	20
<i>nystatin-triamcinolone</i>	135	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY.....	165	<i>oxcarbazepine</i>	128
<i>nystop</i>	135	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY.....	166	OXLUMO	99
NYVEPRIA.....	187	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY.....	166	<i>oxybutynin chloride</i>	75
O		OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY.....	166	<i>oxycodone</i>	105
<i>obstetrix dha</i>	192	<i>ondansetron</i>	28	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	106
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ...	192	<i>ondansetron hcl</i>	28	OXYCONTIN.....	106
<i>o-cal prenatal</i>	192	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	28	<i>oxymorphone</i>	106
OICALIVA	73	ONGENTYS.....	31	OZEMPIC.....	21, 22
OCREVUS	58	ONTRUZANT.....	12	P	
OCTAGAM.....	85	ONUREG.....	12	<i>pacerone</i>	40
<i>octreotide acetate</i>	80	OPDIVO	12	<i>paclitaxel</i>	12
ODEFSEY	139	OPDUALAG	12	<i>paclitaxel protein-bound</i>	12
ODOMZO	11	OPSUMIT.....	100	<i>paliperidone</i>	35
OFEV	59	<i>oralone</i>	64	PALYNZIQ.....	190
<i>ofloxacin</i>	95	ORENCIA	86	<i>pamidronate</i>	52
OGIVRI.....	11	ORENCIA (WITH MALTOSE)	86	PANRETIN.....	68
OJJAARA.....	12	ORENCIA CLICKJECT	86	<i>pantoprazole</i>	71, 72
<i>olanzapine</i>	34, 35	ORFADIN	189	<i>paricalcitol</i>	52, 53
<i>olmesartan</i>	44	ORGOVYX	80	<i>paroex oral rinse</i>	64
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	44	ORILISSA	80	<i>paromomycin</i>	29
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	44	ORKAMBI	59	<i>paroxetine hcl</i>	132
<i>olopatadine</i>	98	ORSERDU.....	12	PAXLOVID	142
OLUMIANT.....	85			<i>pazopanib</i>	12
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	47			PEDIARIX (PF).....	90
<i>omeprazole</i>	71			PEDVAX HIB (PF)	90
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	71			PEGASYS.....	142
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	165			<i>peg-electrolyte soln</i>	74
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	165			PEMAZYRE.....	12
				<i>pemetrexed</i>	12
				<i>pemetrexed disodium</i>	12
				PEN NEEDLE	158, 166, 168
				PEN NEEDLE, DIABETIC	150, 163, 164, 166, 168

PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	169	<i>plerixafor</i>	188	<i>prenatal plus</i>	192
<i>penciclovir</i>	68	<i>pnv 29-1</i>	192	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	192
<i>penicillamine</i>	108	<i>pnv-dha + docusate</i>	192	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	192
<i>penicillin g potassium</i>	114	<i>pnv-omega</i>	192	.....	192
<i>penicillin g procaine</i>	114	<i>podofilox</i>	68	<i>prenatal-u</i>	192
<i>penicillin v potassium</i>	114	<i>polycin</i>	95	<i>preplus</i>	193
PENTACEL (PF)	90	<i>polymyxin b sulfate</i>	110	<i>pretab</i>	193
<i>pentamidine</i>	29	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	95	PRETOMANID	136
PENTIPS	166, 167	POMALYST	13	<i>prevalite</i>	47
<i>pentoxifylline</i>	186	<i>portia 28</i>	123	PREVENT DROPSAFE PEN	
<i>perindopril erbumine</i>	50	<i>posaconazole</i>	135	NEEDLE	167
<i>periogard</i>	64	<i>potassium chloride</i>	183, 184	<i>previfem</i>	123
<i>permethrin</i>	70	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	184	PREVYMIS	142
<i>perphenazine</i>	35	.....	184	PREZCOBIX	139
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	132	<i>potassium citrate</i>	184	PREZISTA	139
PERSERIS	35	<i>pr natal 400</i>	192	PRIFTIN	136
<i>pfizerpen-g</i>	114	<i>pr natal 400 ec</i>	192	PRIMAQUINE	29
<i>phenelzine</i>	132	<i>pr natal 430</i>	192	<i>primidone</i>	128
<i>phenobarbital</i>	128	<i>pr natal 430 ec</i>	192	PRIORIX (PF)	90
<i>phenylephrine hcl</i>	39	PRALUENT PEN	47	PRIVIGEN	86
<i>phenytoin</i>	128	<i>pramipexole</i>	31	PRO COMFORT ALCOHOL	
<i>phenytoin sodium</i>	128	<i>prasugrel</i>	186	PADS	68
<i>phenytoin sodium extended</i> ..	128	<i>pravastatin</i>	47	PRO COMFORT INSULIN	
<i>philith</i>	122	<i>prazosin</i>	39	SYRINGE	167
PHOSLYRA	74	<i>prednicarbate</i>	67	PRO COMFORT PEN	
PIFELTRO	139	<i>prednisolone</i>	79	NEEDLE	167
<i>pilocarpine hcl</i>	64, 93	<i>prednisolone acetate</i>	96	PROAIR RESPICLICK	63
<i>pimecrolimus</i>	67	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	78, 79, 96	<i>probenecid</i>	25
<i>pimozide</i>	35	.....		<i>probenecid-colchicine</i>	25
<i>pimtree (28)</i>	122	<i>prednisone</i>	79	<i>procainamide</i>	40
<i>pindolol</i>	41	<i>pregabalin</i>	128	PROCALAMINE 3%	38
<i>pioglitazone</i>	22	PREHEVBRIO (PF)	90	<i>prochlorperazine</i>	28
<i>pioglitazone-metformin</i>	22	PREMARIN	77	<i>prochlorperazine edisylate</i>	28
PIP PEN NEEDLE	167	PREMPHASE	77	<i>prochlorperazine maleate</i>	28
<i>piperacillin-tazobactam</i>	114	PREMPRO	78	<i>proctosol hc</i>	67
PIQRAY	12	<i>prena1 true</i>	192	<i>proctozone-hc</i>	67
<i>pirfenidone</i>	60	<i>prenaissance</i>	192	PRODIGY INSULIN	
<i>pirmella</i>	123	<i>prenaissance plus</i>	192	SYRINGE	167
<i>piroxicam</i>	103	<i>prenatabs fa</i>	192	<i>progesterone</i>	81
PLASMA-LYTE A	183	<i>prenatal 19</i>	192	<i>progesterone micronized</i>	81
PLEGRIDY	58	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ..	192	PROGRAF	86
		<i>prenatal low iron</i>	192	PROLASTIN-C	60

PROLENSA	97	<i>ranolazine</i>	43	<i>risperidone</i>	35, 36
PROLIA	53	<i>rasagiline</i>	31	<i>ritonavir</i>	140
PROMACTA.....	188	RASUVO (PF).....	86	RITUXAN HYCELA	13
<i>promethazine</i>	28, 136	RAVICTI	73	<i>rivastigmine</i>	20
<i>promethegan</i>	28	RAYALDEE.....	53	<i>rivastigmine tartrate</i>	20
<i>propafenone</i>	40	<i>reclipsen (28)</i>	123	<i>rizatriptan</i>	26
<i>proparacaine</i>	98	RECOMBIVAX HB (PF).....	90	<i>r-natal ob</i>	193
<i>propranolol</i>	41	RECTIV	99	ROCKLATAN.....	93
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	41	REGRANEX	68	<i>roflumilast</i>	60
<i>propylthiouracil</i>	76	RELENZA DISKHALER ...	142	ROLVEDON.....	188
PROQUAD (PF)	90	RELEUKO.....	188	<i>ropinirole</i>	31
PROSOL 20 %	38	RELION NEEDLES.....	168	<i>rosadan</i>	70
<i>protamine</i>	184	RELION PEN NEEDLES ...	168	<i>rosuvastatin</i>	47
<i>protriptyline</i>	132	RELISTOR	73	ROTARIX.....	91
PULMOZYME.....	190	RENFLEXIS.....	86	ROTATEQ VACCINE	91
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	68	<i>repaglinide</i>	22	ROZLYTREK.....	13
PURE COMFORT PEN NEEDLE	168	<i>repaglinide-metformin</i>	22	RUBRACA	13
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	168	REPATHA PUSHTRONEX .	47	<i>rufinamide</i>	128
PURIXAN	13	REPATHA SURECLICK.....	47	RUKOBIA	140
<i>pyrazinamide</i>	136	REPATHA SYRINGE	47	RUXIENCE	13
<i>pyridostigmine bromide</i>	99	RESTASIS MULTIDOSE.....	97	RYBELSUS	22
<i>pyrimethamine</i>	29	RETACRIT.....	188	RYBREVANT	13
Q		RETEVMO.....	13	RYDAPT.....	13
QINLOCK.....	13	RETROVIR	139	S	
QUADRACEL (PF)	90	REVCovi	190	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	169
<i>quetiapine</i>	35	<i>revonto</i>	191	SAFETY PEN NEEDLE	169
<i>quinapril</i>	50	REXULTI	35	<i>sajazir</i>	43
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	50	REYATAZ.....	139	SANTYL.....	68
<i>quinidine gluconate</i>	40	REZLIDHIA	13	<i>sapropterin</i>	190
<i>quinidine sulfate</i>	40	REZUROCK.....	86	SAVELLA	58
<i>quinine sulfate</i>	29	RHOPRESSA	93	SCSEMBLIX	13
QULIPTA.....	26	RIABNI	13	<i>scopolamine base</i>	28
R		<i>ribavirin</i>	143	SECUADO.....	36
RABAVERT (PF)	90	RIDAURA	86	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	169
<i>rabeprazole</i>	72	<i>rifabutin</i>	136	SECURESAFE PEN NEEDLE	169
RADICAVA.....	58	<i>rifampin</i>	136	<i>select-ob</i>	193
<i>raloxifene</i>	78	<i>rilpivirine</i>	139	<i>select-ob (folic acid)</i>	193
<i>ramipril</i>	50	<i>riluzole</i>	58	<i>selegiline hcl</i>	31
		<i>rimantadine</i>	142	<i>selenium sulfide</i>	70
		RINVOQ.....	86		
		<i>risedronate</i>	53		
		RISPERDAL CONSTA	35		

SELZENTRY	140	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	79	<i>sumatriptan succinate</i>	26
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....	24	SOMATULINE DEPOT	81	<i>sumatriptan-naproxen</i>	26
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN	24	SOMAVERT	81	<i>sunitinib malate</i>	14
<i>se-natal 19 chewable</i>	193	<i>sorafenib</i>	13	SUNLENCA	140
SEREVENT DISKUS	63	<i>sorine</i>	41	SUNOSI	54
SEROSTIM	80	<i>sotalol</i>	41	SUPPRELIN LA.....	81
<i>sertraline</i>	132	<i>sotalol af</i>	41	SUPREP BOWEL PREP KIT	74
<i>setlakin</i>	123	SPIRIVA RESPIMAT	63	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	69
<i>sevelamer carbonate</i>	74	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	63	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	170
<i>sevelamer hcl</i>	74	<i>spironolactone</i>	48	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	170
SEZABY	128	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	48	SURE COMFORT PEN NEEDLE	170
<i>sf 5000 plus</i>	64	SPRAVATO	132	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	169, 170
<i>sharobel</i>	123	<i>sprintec (28)</i>	123	SURE-FINE PEN NEEDLES	170, 171
SHINGRIX (PF).....	91	SPRITAM.....	128	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	171
SIGNIFOR	80	SPRYCEL.....	13	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	69
SIKLOS.....	185	<i>sps (with sorbitol)</i>	73	SUTAB	74
<i>sildenafil</i>	100	<i>sronyx</i>	123	<i>syeda</i>	123
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	100	<i>ssd</i>	70	SYMBICORT	61
<i>silver sulfadiazine</i>	70	<i>stavudine</i>	140	SYMDEKO.....	60
SIMBRINZA.....	93	STELARA	87	SYMJEPI	43
<i>simliya (28)</i>	123	STERILE PADS	169	SYMLINPEN 120.....	22
<i>simpesse</i>	123	STIOLTO RESPIMAT	63	SYMLINPEN 60.....	22
<i>simvastatin</i>	47	STIVARGA.....	14	SYMPAZAN.....	129
<i>sirolimus</i>	86	STRENSIQ	190	SYMTUZA	140
SIRTURO.....	136	<i>streptomycin</i>	108	SYNAGIS	142
SKY SAFETY PEN NEEDLE	169	STRIBILD	140	SYNAREL	81
SKYRIZI	86, 87	STRIVERDI RESPIMAT.....	63	SYNERCID.....	110
SLYND.....	123	SUBLOCADE	18	SYNJARDY.....	22
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	184	<i>subvenite</i>	128	SYNJARDY XR	22
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	184	<i>sucralfate</i>	72	SYNRIBO	14
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	64	<i>sulfacetamide sodium</i>	95	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	169
<i>sodium oxybate</i>	53	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .	70	T	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	73	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	95	TABLOID	14
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	73	<i>sulfadiazine</i>	115		
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	74	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	115		
SOLQUA 100/33	24	<i>sulfasalazine</i>	51		
SOLTAMOX.....	13	<i>sulindac</i>	103		
		<i>sumatriptan</i>	26		

TABRECTA.....	14	tencon.....	106	tobramycin in 0.225 % nacl .	108
tacrolimus.....	67, 87	TENIVAC (PF).....	91	tobramycin sulfate.....	109
tadalafil .....101		tenofovir disoproxil fumarate		tobramycin-dexamethasone ...	95
tadalafil (pulm. hypertension)		.....	140	tolmetin	103
.....	101	TEPEZZA.....	98	tolterodine	75
TAFINLAR	14	TEPMETKO.....	14	TOPCARE CLICKFINE	173
tafluprost (pf).....	93	terazosin.....	75	TOPCARE ULTRA	
TAGRISSO	14	terbinafine hcl.....	135	COMFORT	173
TAKHZYRO.....	99, 100	terbutaline.....	63	topiramate	129
TALTZ AUTOINJECTOR	87	terconazole.....	108	toposar	15
TALTZ SYRINGE	87	teriflunomide.....	58	toremifene	15
TALVEY	14	TERUMO INSULIN SYRINGE		torsemide.....	48, 49
TALZENNA.....	14	.....	172, 173	TOTECT	100
tamoxifen	14	testosterone	76	TOUJEO MAX U-300	
tamsulosin.....	75	testosterone cypionate	76	SOLOSTAR.....	24
tarina 24 fe	123	testosterone enanthate	76	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
tarina fe 1-20 eq (28)	123	TETANUS,DIPHThERIA TOX		INSULIN.....	24
taron-c dha	193	PED(PF).....	91	TRACLEER.....	101
taron-prex prenatal-dha	193	tetrabenazine	59	TRADJENTA	22
TASCENSO ODT	58	tetracycline	116	tramadol.....	106
TASIGNA	14	THALOMID.....	100	tramadol-acetaminophen	106
tasimelteon	54	theophylline	63	trandolapril	50
TAVALISSE	185	THINPRO INSULIN SYRINGE		trandolapril-verapamil	50
tazarotene	70	.....	173	tranexamic acid.....	185
TAZORAC	70	thioridazine.....	36	tranylcypromine	132
taztia xt	42	thiothixene	36	TRAVASOL 10 %.....	38
TAZVERIK.....	14	tiadylt er.....	42	travoprost.....	93
TDVAX.....	91	tiagabine	129	TRAZIMERA	15
TECENTRIQ.....	14	TIBSOVO.....	14	trazodone.....	132
TECHLITE INSULIN		TICE BCG	14	TRECATOR	136
SYRINGE.....	171, 172	TICOVAC	91	TRELEGY ELLIPTA	63
TECHLITE INSULN		tigecycline	116	TRELSTAR	15
SYR(HALF UNIT)	171	timolol maleate	41, 93	TREMFYA	87
TECHLITE PEN NEEDLE..	172	tinidazole	29	treprostinil sodium.....	101
TECVAYLI.....	14	tiopronin	75	tretinoin.....	70
TEFLARO.....	112	tiotropium bromide	63	tretinoin (antineoplastic)	15
telmisartan.....	44	TIVDAK.....	15	tri femynor.....	123
telmisartan-amlodipine	44	TIVICAY	140	triamcinolone acetonide..	64, 67,
telmisartan-hydrochlorothiazid		TIVICAY PD.....	140	79	
.....	44	tizanidine	191	triamterene-hydrochlorothiazid	
temazepam	20	TOBI PODHALER	108	.....	49
TEMIXYS	140	tobramycin	95, 108	triazolam	20

<i>trientine</i>	108	TRUE COMFORT SAFETY	ULTRA CMFT INS SYR
<i>tri-estarylla</i>	123	PEN NEEDLE	(HALF UNIT)..... 158, 169
<i>trifluoperazine</i>	36	TRUEPLUS INSULIN	ULTRA COMFORT INSULIN
<i>trifluridine</i>	95	TRUEPLUS PEN NEEDLE	SYRINGE 154, 159, 177, 178
<i>trihexyphenidyl</i>	31	175	ULTRA FLO INSUL
TRIJARDY XR	22	TRULICITY	SYR(HALF UNIT)..... 178
TRIKAFTA	60	TRUMENBA	ULTRA FLO INSULIN
<i>tri-legest fe</i>	123	TRUSELTIQ	SYRINGE
<i>tri-linyah</i>	123	TRUXIMA	ULTRA FLO PEN NEEDLE
<i>tri-lo-estarylla</i>	123	TUKYSA	 178
<i>tri-lo-marzia</i>	124	<i>tulana</i>	ULTRA THIN PEN NEEDLE
<i>tri-lo-mili</i>	124	TURALIO	 178
<i>tri-lo-sprintec</i>	124	TWINRIX (PF)	ULTRACARE INSULIN
<i>trimethoprim</i>	110	<i>tyblume</i>	SYRINGE
<i>tri-mili</i>	124	TYBOST	ULTRACARE PEN NEEDLE
<i>trimipramine</i>	132	TYMLOS	 179
TRINTELLIX	132	TYPHIM VI	ULTRA-THIN II (SHORT) INS
<i>tri-nymyo</i>	124	TYSABRI	SYR..... 179, 180
<i>tri-previfem (28)</i>	124	TYVASO	ULTRA-THIN II (SHORT)
TRIPTODUR	81	U	PEN NDL..... 180
<i>tri-sprintec (28)</i>	124	UBRELVY	ULTRA-THIN II INS PEN
TRIUMEQ	140	UDENYCA	NEEDLES..... 180
TRIUMEQ PD	140	UDENYCA AUTOINJECTOR	ULTRA-THIN II INSULIN
<i>triveen-duo dha</i>	193	 188	SYRINGE
<i>trivora (28)</i>	124	ULTICARE	UNIFINE PEN NEEDLE ... 180
<i>tri-vylibra</i>	124	ULTICARE INSULIN	UNIFINE PENTIPS..... 166, 180
<i>tri-vylibra lo</i>	124	SYRINGE	UNIFINE PENTIPS
TRIZIVIR	140	ULTICARE INSULN	MAXFLOW
TROGARZO	140	SYR(HALF UNIT).....	UNIFINE PENTIPS PLUS . 180,
TROPHAMINE 10 %	39	ULTICARE PEN NEEDLE	181
<i>trosipium</i>	75	ULTICARE SAFETY PEN	UNIFINE PENTIPS PLUS
TRUE COMFORT ALCOHOL		NEEDLE..... 176	MAXFLOW
PADS.....	69	ULTIGUARD SAFEPAK-	UNIFINE SAFECONTROL 181
TRUE COMFORT INSULIN		INSULIN SYR	UNIFINE ULTRA PEN
SYRINGE.....	174	ULTIGUARD SAFEPAK-	NEEDLE
TRUE COMFORT PEN		PEN NEEDLE	UPTRAVI
NEEDLE	174	ULTILET ALCOHOL SWAB	<i>ursodiol</i>
TRUE COMFORT PRO		 69	UZEDY
ALCOHOL PADS.....	69	ULTILET INSULIN SYRINGE	V
TRUE COMFORT PRO INS		 160, 161, 177	<i>valacyclovir</i>
SYRINGE.....	173, 174	ULTILET PEN NEEDLE....	VALCHLOR..... 69
		177	<i>valganciclovir</i>
			143

<i>valproate sodium</i>	129	V-GO 40	182	W	
<i>valproic acid</i>	129	VICTOZA.....	23	<i>warfarin</i>	186
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	129	<i>vienna</i>	124	WEBCOL.....	69
<i>valsartan</i>	45	<i>vigabatrin</i>	129	WELIREG.....	16
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	45	<i>vigadrone</i>	129	<i>wera (28)</i>	124
VALTOCO.....	129	VIIBRYD.....	133	<i>wixela inhub</i>	62
<i>vancomycin</i>	110	<i>vilazodone</i>	133	X	
VANFLYTA	15	VIMIZIM.....	190	XADAGO	31
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	181	<i>vinate care</i>	193	XALKORI.....	16
VANISHPOINT SYRINGE.....	181	<i>vinblastine</i>	16	XARELTO.....	186
VAQTA (PF).....	91	<i>vincasar pfs</i>	16	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	186
<i>varenicline</i>	18	<i>vincristine</i>	16	XATMEP	16
VARIVAX (PF)	92	<i>vinorelbine</i>	16	XCOPRI.....	129
VEGZELMA.....	15	<i>viorele (28)</i>	124	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	129
VEKLURY	143	VIRACEPT.....	141	XCOPRI TITRATION PACK	130
VELCADE	15	VIREAD	141	XELJANZ	87
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	124	<i>virt-c dha</i>	193	XELJANZ XR	87
VELPHORO.....	74	<i>virt-nate dha</i>	193	XERMELO	73
VELTASSA	73	<i>virt-pn dha</i>	193	XGEVA.....	53
VEMLIDY	140	<i>virt-pn plus</i>	193	XHANCE.....	97
VENCLEXTA.....	15	VISTOGARD	100	XIFAXAN.....	110
VENCLEXTA STARTING PACK	16	<i>vitafol gummies</i>	193	XIGDUO XR	23
<i>venlafaxine</i>	132, 133	<i>vitafol nano</i>	193	XIIDRA.....	97
<i>venlafaxine besylate</i>	132	<i>vitafol-ob+dha</i>	193	XOFLUZA.....	142
<i>verapamil</i>	42, 43	VITRAKVI.....	16	XOLAIR	60
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	181, 182	VIZIMPRO.....	16	XOSPATA	16
VERIFINE PEN NEEDLE..	181, 182	VOCABRIA	141	XPOVIO	16, 17
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	182	<i>volnea (28)</i>	124	XTAMPZA ER.....	106
VERSACLOZ	36	VONJO	16	XTANDI	17
VERSALON.....	182	<i>voriconazole</i>	135	<i>xulane</i>	125
VERZENIO.....	16	VOSEVI.....	141	XULTOPHY 100/3.6.....	24
<i>vestura (28)</i>	124	VOTRIENT	16	XYOSTED.....	76
V-GO 20.....	182	VOWST	100	XYREM	54
V-GO 30.....	182	<i>vp-ch-pnv</i>	193	Y	
		<i>vp-pnv-dha</i>	193	<i>yargesa</i>	190
		VPRIV	190	YERVOY	17
		VRAYLAR.....	36	YF-VAX (PF)	92
		VUMERITY	59	YONSA.....	17
		<i>vyfemla (28)</i>	124	<i>yuvaferm</i>	78
		<i>vylibra</i>	124		
		VYZULTA	93		

Z		
<i>zafemy</i>	125	
<i>zafirlukast</i>	62	
<i>zaleplon</i>	54	
<i>zarah</i>	125	
ZARXIO	188	
<i>zatean-pn dha</i>	193	
<i>zatean-pn plus</i>	193	
<i>zebutal</i>	106	
ZEGALOGUE		
AUTOINJECTOR	100	
ZEGALOGUE SYRINGE ...	100	
ZEJULA	17	
ZELBORAF	17	
<i>zenatane</i>	69	
ZENPEP	190	
<i>zidovudine</i>	141	
ZIEXTENZO	188	
<i>zingiber</i>	193	
<i>ziprasidone hcl</i>	37	
<i>ziprasidone mesylate</i>	37	
ZIRABEV	17	
ZIRGAN	95	
ZOLADEX	17	
<i>zoledronic acid</i>	53	
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>		
.....	53	
ZOLINZA	17	
<i>zolmitriptan</i>	27	
<i>zolpidem</i>	54	
ZONISADE	130	
<i>zonisamide</i>	130	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	125	
ZTALMY	130	
ZTLIDO	107	
<i>zumandimine (28)</i>	125	
ZYDELIG	17	
ZYKADIA	17	
ZYLET	95	
ZYNLONTA	17	
ZYNYZ	17	
ZYPREXA RELPREVV	37	

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-996-8422. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-996-8422. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-996-8422。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-996-8422。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-996-8422. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-996-8422. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-996-8422 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-996-8422. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-996-8422 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-996-8422. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-855-996-8422 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على. بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी पश्नर् का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-996-8422. पर कॉल करें। अंगरेजी/भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निशुल्क सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-996-8422. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-996-8422. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-996-8422. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-996-8422. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-996-8422 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Este formulario fue actualizado el 21/11/2023. Si desea información más reciente o tiene otras dudas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Essence Healthcare al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, 711, de 8 a.m. a 8 p.m.. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Número de teléfono gratuito: 1-855-996-8422

Los usuarios de TTY deben marcar: 711

De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana



P.O. Box 5904
Troy, MI 48007
EssenceHealthcare.com