



2022

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Este formulario se actualizó el 22/11/2022.
Para obtener información más reciente, o si tiene otras preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente de **BayCarePlus** al (866) 509-5396 TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, o visite Member.BayCarePlus.org. Puede comunicarse con el servicio de mensajería los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre y días festivos. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

BayCarePlus Complete (HMO)
BayCarePlus Rewards (HMO)
BayCarePlus Premier (HMO)

Da servicio a:
Condados de Hillsborough,
Pasco, Pinellas y Polk

BayCare Health Plans (HMO)

Formulario 2022

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan que está vigente a partir de diciembre 2022. 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 2022 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) 22296, Versión número 18

H2235_22-056_C

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

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

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

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

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

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Puede que retiremos de inmediato un medicamento de marca comercial de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el nivel del mismo costo compartido o a un costo menor con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, puede que decidamos mantener el medicamento de marca comercial en nuestra lista de medicamentos, pero de inmediato lo cambiaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca comercial, puede que no le informemos por anticipado antes de que hagamos ese cambio, pero más adelante le daremos la información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que recetó el medicamento pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca comercial. El aviso que le daremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y, además, puede encontrar información en la siguiente sección que se titula: “¿Cómo solicitar una excepción al formulario de Baycare Health Care Advantage (HMO)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** En caso de que la Administración de Alimentos y Medicamentos determine que uno de los medicamentos de nuestro formulario es inseguro, o de que el fabricante del medicamento lo retire del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca incluido actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O puede que hagamos cambios de acuerdo a nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o les añadimos requisitos de autorización previa, límite de cantidad o restricciones de terapia escalonada, o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificarles el cambio a los miembros afectados, por lo menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en el que el miembro solicite un nuevo

surtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un surtido del medicamento para 30 días.

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2022 que estaba cubierto al iniciar el año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, 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 2022. 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 sumatriptán 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 envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de nuestra última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicio de Atención al Cliente una lista de medicamentos similares que cubra nuestro plan. Cuando reciba esta lista, 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 Baycare Health Care Advantage?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de BayCare Health Plans

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

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

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

Listas de abreviaturas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SI: Las insulinas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas selectas, incluida la información completa sobre el costo compartido. **NOTA:** Este beneficio se aplica solamente a los planes BayCarePlus Complete (HMO) y BayCarePlus Premier (HMO).

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.

Nivel de gastos compartidos	Gastos compartidos minoristas estándar o para atención a largo plazo para un suministro de un mes en una farmacia de la red	Gastos compartidos minoristas estándar para un suministro de tres meses en una farmacia de la red	Gastos compartidos por pedido por correo para un suministro de tres meses
BayCarePlus Complete (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4	\$12	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$4	\$12	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$85	\$255	\$245
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
BayCarePlus Rewards (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10	\$30	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$47	\$141	\$125
Nivel 4: medicamentos de	\$100	\$300	\$275

marca no preferida			
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5
BayCarePlus Premier (HMO)			
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Insulinas selectas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: medicamentos de marca preferida	\$35	\$105	\$95
Nivel 3: Insulinas selectas	\$35	\$105	\$95
Nivel 4: medicamentos de marca no preferida	\$85	\$255	\$245
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33%	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5	El suministro para tres meses no está disponible para medicamentos del nivel 5

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....	15
Agentes Antiansiedad.....	15
Agentes Antidemencia.....	16
Agentes Antidiabetico	17
Agentes Antigota	20
Agentes Antimigraña	20
Agentes Antinausea	21
Agentes Antiparasitarios	23
Agentes Antiparkinson	23
Agentes Antipsicóticos	24
Agentes Calóricos	28
Agentes Cardiovasculares.....	30
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	38
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	38
Agentes De Trastorno De Sueño	40
Agentes Del Sistema Nervioso Central	40
Agentes Del Tracto Respiratorio	43
Agentes Dentales Y Orales	47
Agentes Dermatológicos.....	47
Agentes Gastrointestinales	51
Agentes Genitourinarios	54
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	55
Agentes Inmunológicos	60
Agentes Oftálmicos.....	68
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	69
Agentes Terapeuticos Misceláneos	72

Agentes Vasodilatadores.....	74
Analgésicos.....	75
Anestésicos	78
Antagonistas De Metales Pesados	79
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	79
Antibacterianos.....	80
Anticonceptivos.....	85
Anticonvulsivos.....	91
Antidepresivos	94
Antifúngicos	96
Antihistamínicos	98
Antimicobacteriales.....	98
Antivirales (Sítémico).....	99
Dispositivos	103
Preparaciones De Reemplazo	133
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	135
Reemplazo/Modificadores De Enzima	138
Relajantes Musculares Esqueléticos	139
Vitaminas Y Minerales	139

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA BvD; NDS
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5	PA NSO; NDS
<i>adriamycin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	2	PA BvD
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	5	NDS
ALIQOPA INTRAVENOUS RECON SOLN 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA NSO; NDS
<i>alymsys intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	5	NDS
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML	5	PA NSO; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	5	PA NSO; 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>bexarotene topical gel 1 %</i>	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NDS
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	5	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	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; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 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
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>docetaxel intravenous solution 80 mg/8 ml (10 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>	5	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG	5	PA NSO; NDS
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; 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>	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>exemestane oral tablet 25 mg</i>	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
<i>flouxuridine 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>	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	5	NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML	5	PA NSO; NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	5	PA BvD; NDS
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	5	PA BvD; NDS
<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; NDS; QL (30 per 30 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA NSO; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
INFUGEM INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,200 MG/120 ML (10 MG/ML), 1,300 MG/130 ML (10 MG/ML), 1,400 MG/140 ML (10 MG/ML), 1,500 MG/150 ML (10 MG/ML), 1,600 MG/160 ML (10 MG/ML), 1,700 MG/170 ML (10 MG/ML), 1,800 MG/180 ML (10 MG/ML), 1,900 MG/190 ML (10 MG/ML), 2,000 MG/200 ML (10 MG/ML), 2,200 MG/220 ML (10 MG/ML)	5	PA BvD; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml</i>	2	
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG	5	NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; 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; 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; NDS; QL (70 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
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i>	5	PA NSO; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	5	NDS
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (7 per 21 days)
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMOXITI INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MARQIBO INTRAVENOUS KIT 5 MG/31 ML(0.16 MG/ML) FINAL	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG <i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	5 2	NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG <i>melphalan hcl intravenous recon soln 50 mg</i>	5 2	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days) NDS
<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	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5	PA NSO; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	5	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML	5	PA NSO; NDS
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML	5	NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; 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
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS
<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>	5	PA BvD; NDS
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	5	NDS
PEPAXTO INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML	5	PA NSO; NDS; QL (15 per 21 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML	5	PA NSO; NDS; QL (10 per 21 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG	5	PA NSO; NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML)	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 21 days)
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	5	NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	5	PA NSO; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; 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; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NDS
<i>temsirolimus intravenous recon soln 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first)</i>	5	PA BvD; NDS; QL (4 per 28 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i>	5	NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>topotecan intravenous recon soln 4 mg</i>	5	NDS
<i>topotecan intravenous solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	5	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	5	NDS; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NDS; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	4	QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG	5	PA NSO; 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; 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
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION 3.5 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i>	5	NDS
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	3	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 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; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	5	PA BvD; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; 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; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	5	PA NSO; NDS; QL (20 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 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; 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; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	5	PA NSO; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (12 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG	5	PA NSO; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG	4	QL (1 per 84 days)
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG	4	QL (1 per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; 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
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	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>	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG	3	QL (336 per 365 days)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	5	NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NARCAN NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (1008 per 90 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i>	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 extended release 24 hr 3 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc 5 mg/ml</i>	2	QL (1200 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	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<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 concnet 2 mg/ml</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

Agentes Antidemencia

Agentes Antidemencia

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 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
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	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	2	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	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	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	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; NDS; QL (112 per 28 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml	2	QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	1	QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	1	QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	QL (60 per 30 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (90 per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	2	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5 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
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	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; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; 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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP 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)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	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 U-100 INSULN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	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
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 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		
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	2	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	2	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg	2	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
colchicine oral tablet 0.6 mg	4	PA; QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	2	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 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
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)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	5	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, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<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>	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	2	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	2	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	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>	2	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	
<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, 25 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<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), 5 mg/ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 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>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	2	QL (10 per 30 days)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	2	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	2	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i>	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	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	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
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, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<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 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</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>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; 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</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	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	NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	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	NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; 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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended 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	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
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	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 3 mg, 4 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
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; 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	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	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	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	4	PA BvD
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	2	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	4	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	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
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
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	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr	2	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr	2	QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	5	PA; 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 10 mg/ml	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	
Agentes Antiarrítmicos		
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
amiodarone oral tablet 200 mg	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %)	1	
lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)	1	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
pacerone oral tablet 200 mg	1	
procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml	2	
procainamide intravenous syringe 100 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>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	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	
<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>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	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>	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<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>	1	
<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, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	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>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	2	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg	4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	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)
digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	2	
digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 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
<i>digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	1	
<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>	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	5	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>	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	2	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLO 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>	2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	2	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olmesartan-amloclorhidroclorothiazid 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>	2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	2	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	2	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	1	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan-hctiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	2	
<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>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg</i>	2	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	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>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	2	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	2	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	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>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	2	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, 160 mg, 48 mg</i>	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>	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; NDS; QL (45 per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	2	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	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)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	2	QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<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	
<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</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; 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; 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</i>	1	
<i>spironolactone-hydrochlorothiazide oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 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>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<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>	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	ST; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	2	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	4	ST; QL (600 per 30 days)
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; 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
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	2	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram, 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	4	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	3	
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i>	5	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>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i>	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	5	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; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	3	PA; 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; 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, 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>	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, 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>	2	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	PA; QL (1.56 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; 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>	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>	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>	2	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA; 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>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 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>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexamethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NDS
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	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
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; 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; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>	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, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	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, 20 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg, 36 mg (bx rating)</i>	2	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	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	
TASCENO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i>	2	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	3	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
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	3	QL (30 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	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; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D)/150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT 100 MCG DISKUS 100 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT 250 MCG DISKUS 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotrienos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	2	QL (17 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>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	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)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i>	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)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	
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 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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	2	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	1	
<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	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate 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>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i>	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 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	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>	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i>	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	2	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ALCOHOL 70% SWABS</i>	1	
<i>ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	1	
<i>ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	2	
<i>BD SINGLE USE SWAB</i>	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	
DENAVIR TOPICAL CREAM 1 %	5	NDS
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	5	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	1	
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NDS
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 %	5	NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i>	2	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %, 1.2 %(1 % base) -5 %</i>	2	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i>	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %, 1 %</i>	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i>	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	2	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	2	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %</i>	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	2	PA
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, 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	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>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<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, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	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	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	5	NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/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
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	2	
enulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NDS
generlac oral solution 10 gram/15 ml	2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml	2	
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	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)
loperamide oral capsule 2 mg	2	
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	3	QL (60 per 30 days)
methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
propantheline oral tablet 15 mg	2	
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	5	NDS
sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml	2	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
ursodiol oral capsule 300 mg	2	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 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
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	5	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>	5	NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	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	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	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>	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
<i>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i>	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 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
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG <i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	4 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
THIOLA EC ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG <i>tiopronin oral tablet 100 mg</i>	5 5	PA; NDS 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>	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG <i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	3 2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	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, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG <i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	5 2	PA; NDS
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/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>	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>	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>	1	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	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>	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	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>	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 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
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	2	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral elixir 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	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	5	PA; NDS; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 MG, 36 MG, 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<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>	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 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>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<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), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	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
<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>	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	5	NDS
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i>	2	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG	5	NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	NDS; QL (1 per 360 days)
SYNAREL NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NDS; QL (1 per 168 days)
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	5	PA; NDS
Progestinas		
hydroxyprogesterone cap(ppres) intramuscular oil 250 mg/ml	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; 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; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	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; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	2	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; 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
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; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; 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; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i>	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; 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; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	5	PA BvD; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	2	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vacunas		
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	
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	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-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	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	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
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
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	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	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	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	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	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 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 SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	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	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %</i>	4	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>metipranolol ophthalmic (eye) drops 0.3 %</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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	4	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC (EYE) DROPS, EMULSION 0.005 %	4	ST; QL (2.5 per 25 days)
ZIOPTAN (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.0015 %	4	QL (30 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>	2	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	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)
<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>	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<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>	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>	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-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>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	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	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<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	
<i>ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %</i>	4	
<i>ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %</i>	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %</i>	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	2	
<i>BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %</i>	3	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</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>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i>	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	2	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	2	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	2	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 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
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaïne ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	4	
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 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) drops 1.5 %</i>	2	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	PA; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; 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	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i>	2	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.2 %</i>	2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NDS
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	5	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	NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	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
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	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	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NDS; QL (120 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>	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i>	2	
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; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NDS; QL (24 per 14 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	5	PA; NDS; QL (120 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; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	5	PA; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i>	5	PA; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; 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>	5	PA; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; 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; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 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
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	4	PA; 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>	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg</i>	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	2	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	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>kеторолак injection cartridge 15 mg/ml</i>	2	QL (40 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 cartridge 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)
<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 cartridge 60 mg/2 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	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i>	2	
<i>naproxen-esomeprazole oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 375-20 mg</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	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 oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	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>	2	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	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>	2	QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg, 50-325-40-30 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 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>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-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; 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)
<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>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY</i>	5	PA; NDS; QL (30 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>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>morpheine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>morpheine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>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>	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet 10-300 mg</i>	2	QL (180 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>	2	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	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>lidocaine (pf) injection solution 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl sdv, p/f 10 mg/ml (1 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	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>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	2	
<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>clovique oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	2	PA
<i>FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY) 1,000 MG</i>	5	PA; NDS
<i>FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML</i>	5	PA; NDS
<i>FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG</i>	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; 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>	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 vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
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, 80 mg/8 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	2	
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	4	
<i>linezolid 600 mg/300 ml-0.9% nacl 600 mg/300 ml</i>	2	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 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>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i>	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	NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<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>	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	2	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	
<i>meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 500 mg/50 ml</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	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</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>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>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 1 gm piggyback bag 1 gram/50 ml</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>	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	
<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	
<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	NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i>	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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	NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	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 2 gm/ 100 ml inj 2 gram/100 ml</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	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	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	2	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
Quinolonas		
<i>BAXDELA ORAL TABLET 450 MG</i>	5	PA; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<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, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	
Tetraciclinas		
<i>demeccycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, 75 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>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 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>monodoxine nl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	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>	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 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>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<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>	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<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>	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	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>	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>ELLA ORAL TABLET 30 MG</i>	4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	2	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	4	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2	
hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
heather oral tablet 0.35 mg	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	QL (91 per 84 days)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
jencycla oral tablet 0.35 mg	1	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2	
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	2	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2	QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2	
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2	
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	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
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2	QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2	
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	2	QL (91 per 84 days)
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2	
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2	
lyleq oral tablet 0.35 mg	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2	
merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1	
mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	2	
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	2	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	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>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<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>	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>	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>	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	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>	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg- 30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)</i>	4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg- 35mcg (9)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>	2	
<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>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	2	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	2	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 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>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	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>	2	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	4	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/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
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i>	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	QL (2160 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i> lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	2	QL (200 per 5 days)
<i> lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i> lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	
<i> lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14)</i>	2	
<i> lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	2	
<i> lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i> lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i> levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	2	
<i> levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i> levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i> levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i> oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	2	
<i> oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	4	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	5	NDS
<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>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	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>	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	5	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>	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; 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 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<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), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vigabatrin oral tablet 500 mg	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrona oral powder in packet 500 mg	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	3	QL (200 per 5 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	QL (60 per 30 days)
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	
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; 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; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	2	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (600 per 30 days)
citalopram oral tablet 10 mg	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	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	
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>	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; 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>	1	
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>	1	
<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, 50 mg, 75 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
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; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	2	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<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)
VIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	NDS
Antifúngicos		
Antifúngicos		
<i>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML</i>	4	PA BvD
<i>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG</i>	5	PA BvD; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</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>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	2	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	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>	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>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)
<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>	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	5	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>	2	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	2	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
<i>NOXAFL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML</i>	5	NDS
<i>NOXAFL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)</i>	5	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 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 oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>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>	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	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>	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG</i>	4	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
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sítémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	5	NDS
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NDS
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 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>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	5	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>	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	2	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 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
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Mavyret Oral Tablet 100-40 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (EUA) ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	4	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (EUA) ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	4	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; 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>	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
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
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; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	5	PA NSO; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NDS
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	5	NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	2	
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	5	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	5	PA BvD; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i>	2	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i>	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	2	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NDS
Dispositivos		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 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
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
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 31GX3/16" 31 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 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
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 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL 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" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE 1 ML	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 ML	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32GX4MM 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 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 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	
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 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 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
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
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 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE 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 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 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
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	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	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 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 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	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"	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"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
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 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 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 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 1 ML 1 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
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
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"	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 1 ML	2	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	2	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	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
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 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
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUGH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUGH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUGH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUGH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUGH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUGH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUGH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUGH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUGH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUGH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
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 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 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 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
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 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
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) 1 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	2	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	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
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
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 31 GAUGE X 5/32"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
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	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	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"	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	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 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"	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 31G PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 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
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 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	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"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
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", 1 ML 31 X 3/8"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 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	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	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 SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	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	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET 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	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	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 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 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
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 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
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
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"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N- STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	3	
V-GO 30 DEVICE	3	
V-GO 40 DEVICE	3	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		

Puede encontrar información sobre qué significan 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 chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	4	
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	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>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	PA BvD
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	2	PA BvD
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	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), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	

Productos

Sanguíneos/Modificadores/Expansores

De Volumen

Agentes Hematológicos, Varios

ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	4	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

Anticoagulantes

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 300 mg/3 ml</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	2	QL (18 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>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 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>	1	
<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>	1	
<i>XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)</i>	3	
<i>XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG</i>	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)
<i>BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG</i>	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	
<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>	2	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
<i>CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)</i>	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
<i>DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	5	NDS
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG	5	PA; NDS; QL (7 per 7 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	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	NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG <i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i>	5	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; 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
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	5	PA; NDS
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i>	5	NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	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	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	

Vitaminas Y Minerales

Vitaminas Y Minerales

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	2	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	2	
calcium pnv oral capsule 28-1-250 mg	2	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	2	
completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg	2	
dothelle dha oral capsule 35-1-200 mg	2	
extra-virt plus dha oral capsule 29 mg iron-1.25 mg-55 mg	2	
folivane-ob capsule 85-1 mg	2	
hemenatal ob + dha oral combo pack 28 mg iron- 6 mg iron-1 mg	2	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	2	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	2	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg	2	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	2	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	2	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	2	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	2	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	2	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	2	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	2	
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	2	
obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg	2	
o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg	2	
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	2	
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg	2	
pnv-ferrous fumarate-docu-fa oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	2	
pnv-omega softgel 28-1-300 mg	2	
pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg	2	
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg	2	
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg	2	
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg	2	
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg	2	
prenaI true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 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
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg	2	
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg	2	
prenatabs fa tablet 29-1 mg	2	
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg	2	
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	2	
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg	2	
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	2	
prenatal plus tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg	2	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	2	
prenatal-u capsule 106.5-1 mg	2	
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	2	
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg	2	
purefe ob plus capsule 106 mg iron- 1 mg	2	
purefe plus capsule 106 mg iron- 1 mg	2	
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	2	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	2	
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	2	
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	2	
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	2	
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron- 1.2 mg-55 mg-265 mg	2	
triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg	2	
triveen-prx rnf oral capsule 26-1.2-55-300 mg	2	
vena-bal dha oral combo pack,tablet and cap,dr 27-1-430 mg	2	
vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg	2	
vinate gt oral tablet 90-1-50 mg	2	
vinate ii oral tablet 29 mg iron- 1 mg	2	
vinate ultra oral tablet 90-1-50 mg	2	
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	2	
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	2	
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	2	
virt-pn oral tablet 27-1 mg	2	
virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg	2	
vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg	2	
vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg	2	
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	2	
viva dha oral capsule 28 mg iron-1 mg -200 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
<i>vol-nate oral tablet 28 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vp-ch plus oral capsule 29 mg iron-1 mg -50 mg- 265 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	104
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	104
A	
abacavir	99
abacavir-lamivudine	99
abacavir-lamivudine-zidovudine	99
ABELCET	96
abiraterone	3
ABOUTTIME PEN NEEDLE	104
ABRAXANE	3
acamprosate	15
acarbose	17
accutane	49
acebutolol	31
acetaminophen-codeine	76
acetazolamide	68
acetazolamide sodium	68
acetic acid	69
acetylcysteine	43
acitretin	49
ACTEMRA	60
ACTEMRA ACTPEN	60
ACTHAR	58
ACTHIB (PF)	65
ACTIMMUNE	72
acyclovir	49, 103
acyclovir sodium	103
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	65
ADAKVEO	135
adapalene	51
ADCETRIS	3
adefovir	103
ADEMPAS	74
adriamycin	3
adrucil	3
ADVAIR DISKUS	45
ADVAIR HFA	45
ADVOCATE PEN NEEDLE	104, 105
ADVOCATE SYRINGES	104
afirmelle	85
a-hydrocort	57
AIMOVIG AUTOINJECTOR	20
AJOVY AUTOINJECTOR	21
AJOVY SYRINGE	21
AKYNZEO (FOSNETUPITANT)	22
AKYNZEO (NETUPITANT)	22
ala-cort	47
ala-scalp	47
albendazole	23
albuterol sulfate	45, 46
alcaïne	72
alclometasone	47
ALCOHOL PADS	49
ALCOHOL PREP PADS	50
ALCOHOL PREP SWABS	49
ALCOHOL SWABS	49
ALCOHOL WIPES	50
ALDURAZYME	138
ALECENSA	3
alendronate	38, 39
alfuzosin	54
ALIMTA	3
ALIQOPA	3
aliskiren	37
allopurinol	20
alosetron	38
ALPHAGAN P	68
alprazolam	15, 16
ALREX	70
altavera (28)	85
ALTRENO	51
ALUNBRIG	3
alyacen 1/35 (28)	85
alyacen 7/7/7 (28)	85
alymsys	3
alyq	74
amabelz	56
amantadine hcl	23
AMBISOME	96
ambrisentan	74
amethia	85
amiloride	36
amiloride-hydrochlorothiazide	36
AMINOSYN II 15 %	28
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	28
amiodarone	30
amitriptyline	94
amitriptyline-chlordiazepoxide	94
amlodipine	34
amlodipine-atorvastatin	34
amlodipine-benazepril	34
amlodipine-olmesartan	34
amlodipine-valsartan	34
amlodipine-valsartan-hcthiazid	34
ammonium lactate	49
amoxapine	94
amoxicil-clarithromy-lansopraz	51
amoxicillin	83
amoxicillin-pot clavulanate	83

amphotericin b.....	96	atropine.....	72	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	105
amphotericin b liposome	97	ATROVENT HFA	46	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	106
ampicillin.....	83	AUBAGIO.....	40	BD INSULIN SYRINGE U-500	105
ampicillin sodium.....	83	aubra eq	85	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	105
ampicillin-sulbactam	83	aurovela 1.5/30 (21)	85	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	106
ANADROL-50.....	55	aurovela 1/20 (21)	85	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	106
anagrelide	135	aurovela 24 fe	85	BD SAFETYGLIDE NEEDLE	106
anastrozole.....	3	aurovela fe 1.5/30 (28)	85	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	106
ANORO ELLIPTA	46	aurovela fe 1-20 (28)	85	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	106
apomorphine.....	23	AUSTEDO	40	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	106
apraclonidine	72	AUVELITY.....	94	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	106
aprepitant.....	22	AVASTIN	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	106
APRETUDE.....	99	aviane.....	85	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	106
apri.....	85	AVONEX	40	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	106
APTIOM.....	91	AVSOLA.....	60	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	107
APTIVUS	99	ayuna	85	bekyree (28).....	85
APTIVUS (WITH VITAMIN E)	99	AYVAKIT	3	BELEODAQ.....	3
aranelle (28).....	85	azacitidine.....	3	BELSOMRA	40
ARCALYST.....	60	azathioprine	60	benazepril	37
ariPIPrazole.....	24, 25	azathioprine sodium	60	benazepril-hydrochlorothiazide	37
ARISTADA.....	25	azelastine	72	BENDEKA	3
ARISTADA INITIO	25	azithromycin.....	82, 83	BENLYSTA	60
armodafinil	40	AZOPT	68	benztropine	23
ARNUTITY ELLIPTA.....	45	aztreonam	81	bepotastine besilate.....	72
arsenic trioxide	3	azurette (28).....	85	BESPONSA	3
ascomp with codeine	76	B		BESREMI.....	60
asenapine maleate.....	25	bacitracin	69, 80		
ashlyna.....	85	bacitracin-polymyxin b.....	69		
ASPARLAS	3	baclofen	139		
aspirin-dipyridamole	136	bal-care dha	140		
ASSURE ID DUO-SHIELD	105	bal-care dha essential.....	140		
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	105	balsalazide	38		
ASSURE ID PEN NEEDLE	105	BALVERSA	3		
atazanavir	99	balziva (28).....	85		
atenolol	31	BAVENCIO	3		
atenolol-chlorthalidone.....	31	BAXDELA.....	84		
atomoxetine	40	BCG VACCINE, LIVE (PF) ..	65		
atorvastatin	35	BD ALCOHOL SWABS	49		
atovaquone	23	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	105		
atovaquone-proguanil.....	23	BD ECLIPSE LUER-LOK... <td>105</td> <td></td> <td></td>	105		
		BD INSULIN SYRINGE	105		

betaine	72
betamethasone acet,sod phos.....	57
betamethasone dipropionate	47
betamethasone valerate	47
betamethasone, augmented....	48
BETASERON	40
betaxolol	31, 68
bethanechol chloride	55
bexarotene	3, 4
BEXSERO.....	65
bicalutamide	4
BICILLIN L-A	83
BIKTARVY	99
bimatoprost.....	68
bisoprolol fumarate	31
bisoprolol-hydrochlorothiazide	31
BLENREP	4
bleomycin.....	4
bleph-10.....	69
BLINCYTO.....	4
blisovi 24 fe	86
blisovi fe 1.5/30 (28)	86
blisovi fe 1/20 (28)	86
BOOSTRIX TDAP	65
BORDERED GAUZE.....	107
bortezomib.....	4
BORTEZOMIB	4
BOSULIF	4
BRAFTOVI	4
BREO ELLIPTA.....	45
BREZTRI AEROSPHERE	46
briellyn	86
BRILINTA	136
brimonidine	68
brimonidine-timolol	68
BRIVIACT	91
bromfenac	70
bromocriptine	23
BROMSITE.....	70
BRONCHITOL	43
BRUKINSA	4
budesonide.....	38, 45
bumetanide	36
buprenorphine.....	76
buprenorphine hcl.....	15, 76
buprenorphine-naloxone.....	15
bupropion hcl.....	94
bupropion hcl (smoking deter).....	15
buspirone	72
butalbital-acetaminop-caf-cod	76
butalbital-acetaminophen	76
butalbital-acetaminophen-caff	76
butalbital-aspirin-caffeine	77
butorphanol.....	77
BYNFEZIA	58
C	
CABENUVA.....	99
cabergoline	23
CABLIVI.....	135
CABOMETYX.....	4
cabotegravir	99
caffeine citrate	40
calcipotriene	49, 50
calcitonin (salmon)	39
calcitriol.....	39
calcium acetate(phosphat bind)	54
calcium chloride	134
calcium pnv	140
CALQUENCE	4
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).4	
camila	86
candesartan	33
candesartan-hydrochlorothiazid	33
CAPLYTA.....	25
CAPRELSA.....	4
captopril.....	37
captopril-hydrochlorothiazide	37
carbamazepine	91
carbidopa	23
carbidopa-levodopa	23, 24
carbidopa-levodopa-entacapone	24
carboxamine maleate	98
carboplatin	4
CAREFINE PEN NEEDLE .107	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD.....	50
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	107, 108
CARETOUCH PEN NEEDLE	107
carglumic acid	52
CAROSPIR.....	37
carteolol	68
cartia xt.....	32
carvedilol	31
caspofungin.....	97
CAYSTON	81
caziant (28)	86
cefaclor	81
cefadroxil	81
cefazolin	82
cefazolin in dextrose (iso-os)	..82
cefdinir.....	82
cefepime	82
cefixime	82
cefotaxime	82
cefoxitin	82
cefoxitin in dextrose, iso-osm.	82
cefpodoxime	82
cefprozil	82
ceftazidime	82
ceftriaxone	82
cefuroxime axetil	82
cefuroxime sodium	82
celecoxib.....	75
CELONTIN	91
cephalexin	82
CERDELGA	138
CEREZYME.....	138
cevimeline.....	47

CHANTIX CONTINUING MONTH BOX.....	15
chateal eq (28)	86
chloramphenicol sod succinate	80
chlordiazepoxide hcl	16
chlorhexidine gluconate	47
chloroquine phosphate.....	23
chlorothiazide sodium	36
chlorpromazine.....	25
chlorthalidone.....	36
chlorzoxazone.....	139
cholestyramine (with sugar) ...	35
cholestyramine light	35
ciclopirox.....	97
cidofovir	103
cilostazol.....	136
CIMDUO.....	99
cimetidine	51
cimetidine hcl	51
CIMZIA.....	60
CIMZIA POWDER FOR RECONST	60
cinacalcet.....	39
CINQAIR	43
CINRYZE.....	136
ciprofloxacin.....	84
ciprofloxacin hcl.....	69, 84
ciprofloxacin in 5 % dextrose.	84
ciprofloxacin-dexamethasone.	69
citalopram.....	94
cladribine.....	4
clarithromycin	83
clemastine.....	98
CLENPIQ.....	54
CLICKFINE PEN NEEDLE	108
clindamycin hcl	80
clindamycin in 5 % dextrose ..	80
clindamycin pediatric	80
clindamycin phosphate....	50, 79,
80	
clindamycin-benzoyl peroxide	51
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	28
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	28
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	28
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE) ...	29
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	29
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) ...	29
CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) ...	29
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	29
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	29
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	29
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE.....	29
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE.....	29
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	29
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	29
clobazam.....	91
clobetasol.....	48
clobetasol-emollient	48
clofarabine	4
clomipramine.....	94
clonazepam.....	16
clonidine	30
clonidine hcl	30, 41
clopidogrel.....	136
clorazepate dipotassium	16
clotrimazole	97
clotrimazole-betamethasone	97
clovique	79
clozapine.....	25
c-nate dha.....	140
COARTEM.....	23
codeine sulfate	77
codeine-butalbital-asa-caff	77
colchicine.....	20
colesevelam	35
colestipol.....	35
colistin (colistimethate na)	80
COMBIGAN	68
COMBIVENT RESPIMAT....	46
COMETRIQ	4
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	108, 109
COMFORT EZ PEN NEEDLES	108, 109
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	109, 110
COMPLERA	99
completenate.....	140
compro.....	22
constulose	52
COPAXONE	41
COPIKTRA	4
CORLANOR	32
CORTROPHIN GEL.....	58
COSENTYX.....	61
COSENTYX (2 SYRINGES).60	
COSENTYX PEN (2 PENS)..61	
COTELLIC	4
CREON.....	138
CRIXIVAN.....	99
cromolyn.....	43, 52, 72
cryselle (28)	86
CURAD GAUZE PAD.....	110
CURITY ALCOHOL SWABS	50
CURITY GAUZE.....	110
cyclafem 1/35 (28).....	86
cyclafem 7/7/7 (28).....	86
cyclobenzaprine.....	139
cyclopentolate.....	72
cyclophosphamide	4

CYCLOPHOSPHAMIDE.....	4
cyclosporine	61, 70
cyclosporine modified.....	61
cyproheptadine	98
CYRAMZA.....	4
cyred eq	86
CYSTADROPS.....	72
CYSTARAN	72
D	
d5 % and 0.9 % sodium chloride	134
d5 %-0.45 % sodium chloride	134
dalfampridine	41
DALIRESP.....	43, 44
danazol	55
dantrolene	139
DANYELZA	4
dapsone.....	98
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	65
daptomycin.....	80
DARZALEX	5
DARZALEX FASPRO	5
dasetta 1/35 (28).....	86
dasetta 7/7/7 (28).....	86
DAURISMO.....	5
daysee	86
deblitane	86
decitabine	5
deferasirox.....	79
deferiprone	79
deferoxamine	79
DELSTRIGO.....	99
demeclocycline	84
DENA VIR.....	50
DENGVAXIA (PF).....	65
denta 5000 plus.....	47
dentagel	47
DERMACEA	110
DERMACEA NON-WOVEN	110
DESCOZY	99
desipramine	94
desmopressin	58
desog-e.estriadiol/e.estriadiol	86
desogestrel-ethinyl estradiol	86
desonide.....	48
desoximetasone	48
desvenlafaxine succinate	94
dexamethasone	57
dexamethasone sodium phos (pf)	57
dexamethasone sodium phosphate	57, 71
dexmethylphenidate.....	41
dexrazoxane hcl	72
dextroamphetamine sulfate.....	41
dextroamphetamine-amphetamine	41
dextrose 10 % in water (d10w)	29
dextrose 5 % in water (d5w)	29
DIACOMIT	91
diazepam.....	16, 91
diazepam intensol	16
diazoxide	72
diclofenac epolamine	75
diclofenac potassium	75
diclofenac sodium.....	71, 75
diclofenac-misoprostol	75
dicloxacillin	83
dicyclomine	52
didanosine.....	99
DIFICID	83
diflorasone	48
diflunisal	75
difluprednate	71
digitek.....	32
digox.....	32
digoxin	33
dihydroergotamine.....	21
DILANTIN	91
diltiazem hcl	32
dilt-xr	32
dimenhydrinate	22
dimethyl fumarate.....	41
DIPENTUM	38
diphenhydramine hcl	98
diphenoxylate-atropine	52, 53
dipyridamole	136
disopyramide phosphate	30
disulfiram.....	15
divalproex	91
docetaxel.....	5
dofetilide	30
donepezil.....	16
DOPTELET (10 TAB PACK)	136
DOPTELET (15 TAB PACK)	137
DOPTELET (30 TAB PACK)	137
dorzolamide	68
dorzolamide-timolol	68
dothelle dha	140
dotti	56
DOVATO	99
doxazosin	30
doxepin	95
doxercalciferol	39
doxorubicin	5
doxorubicin, peg-liposomal	5
doxy-100	84
doxycycline hyclate	84
doxycycline monohydrate	85
DRIZALMA SPRINKLE	95
dronabinol	22
droperidol	22
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	110
DROPLET INSULIN SYRINGE	110, 111
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	111
DROPLET PEN NEEDLE	111

DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	50
DROPSAFE PEN NEEDLE	111
dospirenone-ethinyl estradiol	86
DROXIA	135
droxidopa.....	30
DUAVEE	56
duloxetine	95
DUPIXENT PEN	61
DUPIXENT SYRINGE.....	61
dutasteride	54
dutasteride-tamsulosin.....	54
E	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	50
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	112
EASY COMFORT PEN NEEDLES	112
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	112
EASY GLIDE PEN NEEDLE	112
EASY TOUCH.....	114
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	50
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	113
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	113
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	113
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	112, 113, 114
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	113
EASY TOUCH PEN NEEDLE	114
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	114
 EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	113
 EASY TOUCH UNI-SLIP ...	114
econazole	97
EDARBI	33
EDARBYCLOR	33
EDURANT	99
efavirenz	99, 100
efavirenz-emtricitabin-tenofovir	100
efavirenz-lamivu-tenofov disop	100
 EGRIFTA SV	58
ELAPRASE.....	138
ELIGARD	5
ELIGARD (3 MONTH)	5
ELIGARD (4 MONTH)	5
ELIGARD (6 MONTH)	5
elinet.....	86
ELIQUIS	135
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	135
ELITEK	138
elixophyllin.....	46
ELLA	86
ELMIRON	72
eluryng.....	86
EMCYT	5
EMEND	22
EMFLAZA	57
EMGALITY PEN.....	21
EMGALITY SYRINGE.....	21
emoquette	86
EMPLICITI	5
EMSAM	95
emtricitabine	100
emtricitabine-tenofovir (tdf).100	
EMTRIVA.....	100
enalapril maleate.....	37
enalaprilat	37
enalapril-hydrochlorothiazide	37
 ENBREL.....	61
ENBREL MINI	61
ENBREL SURECLICK	61
ENDARI	73
endocet.....	77
ENGERIX-B (PF)	65
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	65
 ENHERTU	5
enoxaparin	135, 136
enpresse	86
enskyce	86
ENSPRYNG	41
entacapone	24
ENTADFI	55
entecavir	103
ENTRESTO.....	33
enulose	53
EPCLUSA	102
EPIDIOLEX	91
epinastine	72
epinephrine	33
epitol	91
EPIVIR HBV	100
eplerenone.....	37
epoprostenol (glycine).....	74
EPRONTIA	91
eprosartan	33
ERBITUX	5
ergoloid.....	16
ERIVEDGE	5
ERLEADA	5
erlotinib.....	5
errin.....	86
ertapenem	81
ery pads.....	51
erythromycin.....	69, 83
erythromycin ethylsuccinate...83	
erythromycin with ethanol.....51	
erythromycin-benzoyl peroxide	51
 ESBRIET	44

escitalopram oxalate	95
esomeprazole magnesium	51, 52
esomeprazole sodium	52
estarrylla	86
estazolam	16
estradiol	56
estradiol valerate	56
estradiol-norethindrone acet	56
eszopiclone	40
ethambutol	98
ethosuximide	91
ethynodiol diac-eth estradiol	86
etodolac	75
etonogestrel-ethinyl estradiol	86
ETOPOPHOS	5
etoposide	5
etravirine	100
EUCRISA	48
EVENITY	39
everolimus (antineoplastic)	5
everolimus (immunosuppressive)	61
EVOTAZ	100
EVRYSDI	73
EXEL INSULIN	115
exemestane	6
EXKIVITY	6
EXONDYS-51	73
extra-virt plus dha	140
EYSUVIS	71
EZALLOR SPRINKLE	35
ezetimibe	35
ezetimibe-simvastatin	35
F	
FABRAZYME	138
falmina (28)	86
famciclovir	103
famotidine	52
famotidine (pf)	52
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	52
FANAPT	25
FARXIGA	17
FARYDAK	6
FASENRA	44
FASENRA PEN	44
febuxostat	20
felbamate	91, 92
felodipine	34
FEMRING	56
femynor	86
fenofibrate	35
fenofibrate micronized	35
fenofibrate nanocrystallized	35
fenofibric acid (choline)	35
fenoprofen	75
fentanyl	77
fentanyl citrate	77
FERRIPROX	79
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	79
fesoterodine	55
FETZIMA	95
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	18
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	19
FIASP U-100 INSULIN	19
finasteride	55
FINTEPLA	92
FIRVANQ	80
flavoxate	55
FLEBOGAMMA DIF	61
flecainide	30
FLOVENT DISKUS	45
FLOVENT HFA	45
flouxuridine	6
fluconazole	97
fluconazole in nacl (iso-osm)	97
flucytosine	97
fludrocortisone	57
flumazenil	41
flunisolide	71
fluocinolone	48
fluocinolone acetonide oil	71
fluocinonide	48
fluocinonide-e	48
fluoride (sodium)	47
fluorometholone	71
fluorouracil	6, 50
fluoxetine	95
fluphenazine decanoate	25
fluphenazine hcl	25, 26
flurazepam	16
flurbiprofen	75
flurbiprofen sodium	71
flutamide	6
fluticasone propionate	48, 71
fluvastatin	35
fluvoxamine	95
folivane-ob	140
fomepizole	73
fondaparinux	136
FORTEO	39
fosamprenavir	100
fosaprepitant	22
foscarnet	102
fosinopril	37
fosinopril-hydrochlorothiazide	37
fosphenytoin	92
FOTIVDA	6
FREESTYLE PRECISION	115
FULPHILA	137
fulvestrant	6
furosemide	36
FUZEON	100
fyavolv	56
FYCOMPA	92
FYLNETRA	137
G	
gabapentin	92
GALAFOLD	138
galantamine	16, 17
GAMIFANT	61
GAMMAGARD LIQUID	61

GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	61
GAMMAPLEX	61
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	61
GAMUNEX-C	62
ganciclovir sodium	103
GARDASIL 9 (PF).....	65
gatifloxacin.....	69
GATTEX 30-VIAL.....	53
GAUZE PAD	115
gavilyte-c.....	54
gavilyte-g.....	54
gavilyte-n.....	54
GAVRETO.....	6
GAZYVA.....	6
gemcitabine	6
gemfibrozil	35
generlac	53
genraf.....	62
gentak	69
gentamicin	51, 69, 80
gentamicin sulfate (ped) (pf) ..	80
gentamicin sulfate (pf)	80
GENVOYA	100
GILENYA	41
GILOTRIF.....	6
GIVLAARI.....	135
glatiramer	41
glatopa.....	41
glimepiride	20
glipizide.....	20
glipizide-metformin.....	20
glyburide.....	20
glyburide micronized.....	20
glyburide-metformin	20
glycopyrrolate.....	53
glydo.....	78
GLYXAMBI	17
granisetron (pf).....	22
granisetron hcl	22
GRANIX	137
griseofulvin microsize	97
griseofulvin ultramicrosize....	97
guanfacine	30, 41
GVOKE	73
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	73
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	73
H	
HAEGARDA.....	137
hailey	87
hailey 24 fe	87
hailey fe 1.5/30 (28)	87
hailey fe 1/20 (28)	87
halobetasol propionate.....	48
haloperidol.....	26
haloperidol decanoate.....	26
haloperidol lactate	26
HARVONI.....	102
HAVRIX (PF)	65
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE.....	115
HEALTHWISE PEN NEEDLE	116
HEALTHY ACCENTS	
UNIFINE PENTIP	116
heather	87
HEMADY	57
hemenatal ob + dha	140
heparin (porcine)	136
heparin, porcine (pf)	136
HEPATAMINE 8%.....	29
HERCEPTIN	6
HERCEPTIN HYLECTA	6
HERZUMA	6
HETLIOZ	40
HETLIOZ LQ.....	40
HIBERIX (PF).....	65
HUMIRA	62
HUMIRA PEN	62
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	62
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	62
HUMIRA(CF)	62
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS-STARTER	62
HUMIRA(CF) PEN	62
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	62
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	62
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	62
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	19
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	19
hydralazine	33
hydrochlorothiazide	36
hydrocodone-acetaminophen..	77
hydrocodone-ibuprofen	77
hydrocortisone	38, 48, 49, 57
hydrocortisone butyrate	48
hydrocortisone valerate	49
hydrocortisone-acetic acid.....	69
hydromorphone.....	77
hydromorphone (pf).....	77
hydroxychloroquine.....	23
hydroxyprogesterone cap(ppres)	59
hydroxyurea	6
hydroxyzine hcl	98
hydroxyzine pamoate.....	73
HYQVIA	62
I	
ibandronate	39
IBRANCE	6
ibu	75
ibuprofen.....	75
ibuprofen-famotidine	75
icatibant	33
iclevia	87
ICLUSIG	6

IDHIFA	6
ifosfamide.....	6
ILARIS (PF).....	62
ILEVRO	71
ILUMYA.....	62
imatinib.....	6
IMBRUVICA	6, 7
IMFINZI.....	7
imipenem-cilastatin	81
imipramine hcl.....	95
imipramine pamoate.....	95
imiquimod	50
IMLYGIC.....	7
IMOVA X RABIES VACCINE (PF).....	65
IMPAVIDO	23
INBRIJA.....	24
incassia	87
INCONTROL ALCOHOL PADS.....	50
INCONTROL PEN NEEDLE	116
INCRELEX	58
indapamide	36
indomethacin	75
INFANRIX (DTAP) (PF).....	66
INFLECTRA	63
infliximab	63
INFUGEM.....	7
INLYTA	7
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	116
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	116
INQOVI.....	7
INREBIC	7
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	116
INSULIN SYRINGE.....	106
INSULIN SYRINGE MICROFINE.....	105
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	106
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	106, 107, 114, 115, 116, 117, 122, 126
INSUPEN	117
INTELENCE	100
INTRALIPID.....	29
INTRON A.....	103
introvale.....	87
INVEGA HAFYERA.....	26
INVEGA SUSTENNA.....	26
INVEGA TRINZA	26
INVELTYS	71
INVIRASE	100
IPOL	66
ipratropium bromide.....	46, 72
ipratropium-albuterol.....	46
irbesartan	33
irbesartan-hydrochlorothiazide	33
IRESSA	7
irinotecan	7
ISENTRESS	100
ISENTRESS HD	100
isibloom	87
ISOLYTE S PH 7.4	134
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	134
ISOLYTE-S	134
isoniazid.....	98
isosorbide dinitrate	38
isosorbide mononitrate	38
isosorbide-hydralazine.....	38
isradipine	34
itraconazole	97
IV PREP WIPES	50
ivermectin	23
IXEMPRA	7
IXIARO (PF).....	66
J	
jaimiess	87
JAKAFI	7
jantoven	136
JARDIANC.....	17
jasmiel (28).....	87
javygtor.....	138
JEMPERLI	7
jencycla.....	87
JENTADUETO	17
JENTADUETO XR	17
jinteli.....	56
juleber	87
JULUCA	100
junel 1.5/30 (21)	87
junel 1/20 (21)	87
junel fe 1.5/30 (28)	87
junel fe 1/20 (28)	87
junel fe 24	87
JUXTAPID	35
JYNARQUE	36
K	
kalliga	87
KALYDECO	44
KANJINTI	7
KANUMA	138
kariva (28)	87
KATERZIA	34
kelnor 1/35 (28)	87
kelnor 1-50 (28)	87
KERENDIA	37
KESIMPTA PEN	42
ketoconazole	97
ketoprofen	75
ketorolac	71, 75, 76
KEVEYIS	73
KEVZARA	63
KEYTRUDA	7
KIMMTRAK	7
KINERET	63
KINRIX (PF)	66
kionex (with sorbitol)	53
KISQALI	8

KISQALI FEMARA CO-PACK	7, 8	LENVIMA.....	8	LIVALO	35
KLISYRI	50	lessina	88	lojaimies	88
klor-con m10	134	letrozole	8	LOKELMA.....	53
klor-con m15	134	leucovorin calcium	73	LONSURF.....	8
klor-con m20	134	LEUKERAN	8	loperamide	53
KLOXXADO	15	LEUKINE.....	137	lopinavir-ritonavir.....	100
KORLYM.....	17	leuprolide.....	8	lorazepam	16
KOSELUGO	8	levetiracetam	92	lorazepam intensol.....	16
kosher prenatal plus iron	140	levobunolol.....	68	LORBRENA.....	8
KRINTAFEL.....	23	levocarnitine	73	loryna (28)	88
KRYSTEXXA.....	138	levocarnitine (with sugar).....	73	losartan	33
kurvelo (28).....	87	levocetirizine	98	losartan-hydrochlorothiazide..	33
KYNMOBI.....	24	levofloxacin	69, 72, 84	LOTEMAX.....	71
KYPROLIS	8	levofloxacin in d5w	84	LOTEMAX SM.....	71
L		levoleucovorin calcium	73	loteprednol etabonate.....	71
1 norgest/e.estriadiol-e.estrad...	87	levonest (28)	88	lovastatin.....	35
labetalol	31	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	88	low-ogestrel (28)	88
lacosamide.....	92	levonorg-eth estrad triphasic ..	88	loxapine succinate	26
lactulose.....	53	levora-28.....	88	lo-zumandimine (28)	88
lagevrio (eua).....	103	levothyroxine.....	55	lubiprostone	53
lamivudine	100	LEXIVA	100	LUCEMYRA.....	15
lamivudine-zidovudine.....	100	LIBTAYO	8	LUMAKRAS.....	8
lamotrigine	92	lidocaine	79	LUMIGAN	68
lanreotide.....	58	lidocaine (pf)	30, 79	LUMOXITI	8
lansoprazole.....	52	lidocaine hcl	79	LUPRON DEPOT	58
lanthanum	54	lidocaine viscous	79	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
LANTUS SOLOSTAR U-100		lidocaine-prilocaine	79	.....	8, 58
INSULIN	19	lillow (28)	88	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	
LANTUS U-100 INSULIN	19	linezolid	81	.....	8
lapatinib.....	8	linezolid in dextrose 5%	80	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	
larin 1.5/30 (21).....	87	linezolid-0.9% sodium chloride		.....	8
larin 1/20 (21).....	87	.....	80	LUPRON DEPOT-PED	58
larin 24 fe	87	LINZESS	53	LUPRON DEPOT-PED (3	
larin fe 1.5/30 (28).....	87	liothyronine	55	MONTH)	58
larin fe 1/20 (28).....	88	LISCO	117	lutera (28)	88
larissia.....	88	lisinopril.....	37	LYBALVI.....	26
latanoprost	68	lisinopril-hydrochlorothiazide	37	lyleq	88
LATUDA	26	LITE TOUCH INSULIN		lyllana	56
LAZANDA.....	77	NEEDLES	117, 118	LYNPARZA.....	8
leflunomide.....	63	SYRINGE.....	117, 118	LYSODREN.....	8
lenalidomide	8	lithium carbonate	42	lyza	88

M

MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	118	MAYZENT	42	methylphenidate hcl.....	42, 43
MAGELLAN SYRINGE	118	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	42	methylprednisolone	57
magnesium sulfate.....	134	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	42	methylprednisolone acetate ...	57
magnesium sulfate in d5w....	134	meclizine	22	methylprednisolone sodium succ	
magnesium sulfate in water..	134	medroxyprogesterone	60	.....	58
malathion.....	51	mefenamic acid.....	76	metipranolol.....	68
maprotiline	95	mefloquine.....	23	metoclopramide hcl	53
maraviroc.....	100	megestrol	9, 60	metolazone.....	36
MARGENZA	9	MEKINIST	9	metoprolol succinate.....	31
marlissa (28).....	88	MEKTOVI.....	9	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	
marnatal-f	140	meloxicam	76	.....	31
MARPLAN	95	melphalan hcl	9	metoprolol tartrate	31
MARQIBO	9	memantine	17	metronidazole	51, 80, 81
MATULANE	9	MENACTRA (PF)	66	metronidazole in nacl (iso-os)	81
matzim la.....	32	MENQUADFI (PF).....	66	metyrosine	33
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	42	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	66	mexiletine	30
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	42	MEPSEVII.....	139	miconazole-3	97
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	42	mercaptopurine.....	9	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	119
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	42	meropenem	81	microgestin fe 1/20 (28)	88
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	42	meropenem-0.9% sodium chloride	81	midazolam	16
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	42	merzee	88	midodrine.....	30
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	42	mesalamine	38	miglitol	17
MAVYRET	102	mesna.....	73	miglustat	139
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	118	MESNEX.....	73	mihi.....	88
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	118, 119	metadate er	42	mimvey	56
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	119	metaproterenol	46	MINI ULTRA-THIN II	119
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	119	metformin	17	minitran.....	38
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	119	methadone	77	minocycline	85
		methadose	77	minoxidil.....	38
		methazolamide.....	68	mirtazapine	95
		methenamine hippurate	81	misoprostol	52
		methimazole	55	MITIGARE.....	20
		methocarbamol	139	mitoxantrone.....	9
		methotrexate sodium	9	M-M-R II (PF).....	66
		methotrexate sodium (pf)	9	m-natal plus	140
		methoxsalen.....	50	modafinil.....	40
		methscopolamine.....	53	moexipril.....	37
		methyldopa	30	molindone	26, 27
				mometasone	49, 71
				mondoxyne nl	85
				MONJUVI	9

MONOJECT INSULIN	
SAFETY SYRINGE.....	120
MONOJECT INSULIN	
SYRINGE.....	119, 120
MONOJECT SYRINGE	119
MONOJECT ULTRA	
COMFORT INSULIN.....	130
mono-linyah	88
montelukast	45
morphine.....	77, 78
MORPHINE.....	78
morphine concentrate	77
MOVANTIK	53
moxifloxacin.....	69, 84
MOZOBIL.....	137
MULPLETA.....	137
MULTAQ.....	30
mupirocin	51
MVASI.....	9
MYCAPSSA	59
mycophenolate mofetil.....	63
mycophenolate mofetil (hcl) ..	63
MYLOTARG	9
mynatal	140
mynatal advance.....	140
mynatal plus	140
mynatal-z.....	140
mynate 90 plus	140
MYRBETRIQ	55
N	
nabumetone	76
nadolol.....	31
nafcillin.....	83
nafcillin in dextrose iso-osm ..	83
NAGLAZYME.....	139
naloxone	15
naltrexone	15
NAMZARIC.....	17
naproxen	76
naproxen-esomeprazole.....	76
naratriptan.....	21
NARCAN	15
NATACYN	69
nateglinide	17
NATPARA	39
NAYZILAM.....	92
nebivolol.....	31
necon 0.5/35 (28).....	88
nefazodone.....	95
neomycin	80
neomycin-bacitracin-poly-hc..	69
neomycin-bacitracin-polymyxin	.....
.....	69
neomycin-polymyxin b gu.....	51
neomycin-polymyxin b-	
dexameth	69, 70
neomycin-polymyxin-	
gramicidin.....	70
neomycin-polymyxin-hc	70
neo-polycin	70
neo-polycin hc	70
NEPHRAMINE 5.4 %	29
NERLYNX.....	9
NEULASTA.....	137
NEULASTA ONPRO	137
NEUPRO	24
nevirapine	100
newgen.....	140
NEXLETOL	35
NEXLIZET.....	35
niacin	35
niacor	35
nicardipine	34
NICOTROL.....	15
nifedipine	34
nikki (28)	88
nilutamide	9
NINLARO	9
nitazoxanide.....	23
nitisinone	139
nitrofurantoin macrocrystal ...	81
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	.....
.....	81
nitroglycerin	38
NITYR.....	139
niva-plus	140
NIVESTYM	137
nizatidine	52
NORDITROPIN FLEXPRO ..	59
norethindrone (contraceptive)	88
norethindrone acetate.....	60
norethindrone ac-eth estradiol	.....
.....	56, 88
norethindrone-e.estriadiol-iron	88
norgestimate-ethinyl estradiol	89
norlyda.....	89
NORMOSOL-M IN 5 %	
DEXTROSE	134
nortrel 0.5/35 (28).....	89
nortrel 1/35 (21).....	89
nortrel 1/35 (28).....	89
nortrel 7/7/7 (28).....	89
nortriptyline	95
NORVIR	100, 101
NOVOFINE 30.....	120
NOVOFINE 32.....	120
NOVOFINE PLUS	120
NOVOLIN 70/30 U-100	
INSULIN	19
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	19
NOVOLIN N FLEXPEN	19
NOVOLIN N NPH U-100	
INSULIN	19
NOVOLIN R FLEXPEN.....	19
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN	19
NOVOLOG FLEXPEN U-100	
INSULIN	19
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
INSULN	19
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	
INSULIN	19
NOVOLOG PENFILL U-100	
INSULIN	19

NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	20
NOVOTWIST	120
NOXAFIL	97
NPLATE	137
NUBEQA	9
NUCALA	44
NULOJIX	63
NUPLAZID	27
NURTEC ODT	21
NUTRILIPID	30
nyamyc	97
nylia 1/35 (28)	89
nylia 7/7/7 (28)	89
nymyo	89
nystatin	98
nystatin-triamcinolone	98
nystop	98
NYVEPRIA	137
O	
obstetrix dha	140
o-cal prenatal	140
OCALIVA	53
OCREVUS	43
OCTAGAM	63
octreotide acetate	59
ODEFSEY	101
ODOMZO	9
OFEV	44
ofloxacin	70
OGIVRI	9
olanzapine	27
olmesartan	33
olmesartanamlodipin-hcthiazid	34
olmesartan-hydrochlorothiazide	34
olopatadine	72
OLUMIANT	63
omega-3 acid ethyl esters	35
omeprazole	52
omeprazole-sodium bicarbonate	52
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	120
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	120
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	120
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	120
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	120
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	121
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	121
ONCASPAR	9
ondansetron	22
ondansetron hcl	22
ondansetron hcl (pf)	22
ONGENTYS	24
ONIVYDE	9
ONTRUZANT	9
ONUREG	9
OPDIVO	9
OPDUALAG	10
OPSUMIT	74
oralone	47
ORENCIA	63
ORENCIA (WITH MALTOSE)	63
ORENCIA CLICKJECT	63
ORFADIN	139
ORGOVYX	59
ORILISSA	59
ORKAMBI	44
ORLADEYO	137
orsythia	89
oseltamivir	102
OSMOLEX ER	24
OTEZLA	63
OTEZLA STARTER	63
oxaliplatin	10
oxandrolone	55
oxazepam	16
oxcarbazepine	92
OXLUMO	73
OXTELLAR XR	93
oxybutynin chloride	55
oxycodone	78
oxycodone-acetaminophen	78
oxycodone-aspirin	78
OXYCONTIN	78
oxymorphone	78
OZEMPIC	17, 18
P	
pacerone	30
paclitaxel	10
paclitaxel protein-bound	10
PADCEV	10
paliperidone	27
PALYNZIQ	139
pamidronate	39
PANRETIN	50
pantoprazole	52
paricalcitol	39
paroex oral rinse	47
paromomycin	23
paroxetine hcl	95, 96
PAXLOVID (EUA)	102
PEDIARIX (PF)	66
PEDVAX HIB (PF)	66
peg 3350-electrolytes	54
PEGASYS	103
peg-electrolyte soln	54
PEGINTRON	103
PEMAZYRE	10
pemetrexed	10
pemetrexed disodium	10
PEN NEEDLE	115, 121, 123
PEN NEEDLE, DIABETIC	109, 119, 121, 123
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	123

penicillamine	79
penicillin g potassium.....	84
penicillin g procaine	84
penicillin v potassium.....	84
PENTACEL (PF)	66
pentamidine	23
PENTIPS	121
pentoxifylline	136
PEPAXTO	10
perindopril erbumine	37
periogard.....	47
PERJETA	10
permethrin	51
perphenazine.....	27
perphenazine-amitriptyline....	96
PERSERIS.....	27
pfizerpen-g	84
phenelzine.....	96
phenobarbital	93
phenylephrine hcl	30
phenytoin.....	93
phenytoin sodium	93
phenytoin sodium extended....	93
PHESGO	10
philith	89
PHOSLYRA.....	54
PIFELTRO	101
pilocarpine hcl	47, 68
pimecrolimus	49
pimozide	27
pimtrea (28).....	89
pindolol.....	31
pioglitazone	18
PIP PEN NEEDLE	121
piperacillin-tazobactam	84
PIQRAY	10
pirfenidone	44
primella.....	89
piroxicam.....	76
PLASMA-LYTE 148	134
PLASMA-LYTE A	134
PLEGRIDY	43
pnv 29-1.....	140
pnv-dha + docusate.....	140
pnv-ferrous fumarate-docu-fa	140
pnv-omega.....	140
pnv-vp-u	140
podofilox	50
POLIVY	10
polycin	70
polymyxin b sulfate	81
polymyxin b sulf-trimethoprim	70
POMALYST	10
portia 28.....	89
PORTRAZZA	10
posaconazole	98
potassium chloride.....	134, 135
potassium chloride-0.45 % nacl	135
potassium citrate.....	135
pr natal 400.....	140
pr natal 400 ec	140
pr natal 430	140
pr natal 430 ec	140
PRALUENT PEN.....	35
pramipexole	24
prasugrel	136
pravastatin	35
prazosin	30
prednicarbate	49
prednisolone	58
prednisolone acetate	71
prednisolone sodium phosphate	58, 71
prednisone	58
pregabalin	93
PREHEVBRIO (PF).....	66
PREMARIN	57
PREMPHASE	57
PREMPRO	57
prena1 true.....	140
prenaissance.....	141
prenaissance plus	141
prenatabs fa.....	141
prenatal 19	141
prenatal 19 (with docusate) ..	141
prenatal low iron.....	141
prenatal plus.....	141
prenatal plus (calcium carb) .	141
prenatal vitamin plus low iron	141
prenatal-u.....	141
preplus	141
pretab	141
PRETOMANID.....	98
prevalite	36
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE.....	121
previfem.....	89
PREVYMIS	102
PREZCOBIX	101
PREZISTA	101
PRIFTIN	99
PRIMAQUINE	23
primidone.....	93
PRIORIX (PF)	66
PRIVIGEN	63
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	50
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	121, 122
PRO COMFORT PEN NEEDLE.....	122
PROAIR RESPICLICK.....	46
probenecid	20
probenecid-colchicine.....	20
procainamide	30
PROCALAMINE 3%	30
prochlorperazine	22
prochlorperazine edisylate....	22
prochlorperazine maleate.....	22
procto-med hc	49
procto-pak	49
proctosol hc	49

proctozone-hc	49
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	122
progesterone	60
progesterone micronized	60
PROGRAF	63
PROLASTIN-C	44
PROLENSA	71
PROLEUKIN	10
PROLIA	39
PROMACTA.....	137, 138
promethazine	22, 98
promethegan	22
propafenone.....	31
propantheline.....	53
proparacaine	72
propranolol	31
propranolol-hydrochlorothiazid	31
propylthiouracil	55
PROQUAD (PF)	66
PROSOL 20 %	30
protamine.....	135
protriptyline	96
PULMOZYME.....	139
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	50
PURE COMFORT PEN NEEDLE	122
purefe ob plus	141
purefe plus	141
PURIXAN	10
pyrazinamide	99
pyridostigmine bromide	73
pyrimethamine	23
Q	
QBRELIS	37
QINLOCK.....	10
QUADRACEL (PF)	66
quetiapine	27
quinapril	37
quinapril-hydrochlorothiazide	37
quinidine gluconate	31
quinidine sulfate	31
quinine sulfate	23
QULIPTA.....	21
R	
RABAVERT (PF)	67
rabeprazole	52
RADICAVA.....	43
raloxifene.....	57
ramipril	37
ranolazine	33
rasagiline	24
RASUVO (PF)	63
RAVICTI.....	53
RAYALDEE	39
reclipsen (28).....	89
RECOMBIVAX HB (PF)	67
RECTIV.....	73
REGRANEX	50
RELENZA DISKHALER	102
RELEUKO	138
RELION NEEDLES.....	122
RELION PEN NEEDLES	123
RELISTOR.....	53
REMICADE	64
RENFLEXIS	64
repaglinide	18
repaglinide-metformin.....	18
REPATHA PUSHTRONEX ..	36
REPATHA SURECLICK	36
REPATHA SYRINGE	36
RESTASIS.....	71
RESTASIS MULTIDOSE	71
RETACRIT	138
RETEVMO.....	10, 11
RETROVIR	101
REVCovi	139
REVLIMID	11
revonto.....	139
REXULTI.....	27
REYATAZ	101
REZUROCK	64
RHOPRESSA	68
RIABNI	11
ribavirin	103
RIDAURA	64
rifabutin	99
rifampin	99
rilpivirine	101
riluzole	43
rimantadine	102
RINVOQ.....	64
risedronate	39
RISPERDAL CONSTA	27
risperidone	27
ritonavir	101
RITUXAN	11
RITUXAN HYCELA.....	11
rivastigmine	17
rivastigmine tartrate.....	17
rizatriptan.....	21
r-natal ob.....	141
ROCKLATAN	68
roflumilast.....	44
ropinirole	24
rosadan.....	51
rosuvastatin	36
ROTARIX	67
ROTATEQ VACCINE.....	67
ROZLYTREK	11
RUBRACA	11
rufinamide	93
RUKOBIA	101
RUXIENCE	11
RYBELSUS	18
RYBREVANT	11
RYDAPT	11
S	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE.....	123
SAFETY PEN NEEDLE.....	123
sajazir	33
SANDOSTATIN LAR DEPOT	59

SANTYL	50
sapropterin.....	139
SARCLISA.....	11
SAVELLA.....	43
SCEMBLIX.....	11
scopolamine base.....	23
SECUADO	28
SECURESAFE PEN NEEDLE	123
select-ob	141
select-ob (folic acid).....	141
selegiline hcl.....	24
selenium sulfide.....	51
SELZENTRY	101
se-natal 19 chewable	141
SEREVENT DISKUS	46
SEROSTIM	59
sertraline.....	96
setlakin	89
sevelamer carbonate	54
sevelamer hcl.....	54
sf 5000 plus	47
sharobel	89
SHINGRIX (PF).....	67
SIGNIFOR	59
SIKLOS	135
sildenafil	74
sildenafil (pulm.hypertension)	74
silver sulfadiazine.....	51
SIMBRINZA	68
simliya (28)	89
simpesse	89
simvastatin.....	36
sirolimus	64
SIRTURO.....	99
SKY SAFETY PEN NEEDLE	123
SKYRIZI	64
SLYND.....	89
sodium chloride 0.45 %	135
sodium chloride 0.9 %	135
sodium fluoride-pot nitrate.....	47
sodium phenylbutyrate	53
sodium polystyrene (sorb free)	53
sodium polystyrene sulfonate	53
sodium,potassium,mag sulfates	54
SOLIQUA 100/33	20
SOLTAMOX.....	11
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	58
SOMATULINE DEPOT	59
SOMAVERT	59
sorafenib	11
sorine	32
sotalol	32
sotalol af	32
SPIRIVA RESPIMAT	46
SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	46
spironolactone	36
spironolacton-hydrochlorothiaz	36
SPRAVATO	96
sprintec (28).....	89
SPRITAM.....	93
SPRYCEL	11
sps (with sorbitol).....	53
sronyx	89
ssd.....	51
stavudine.....	101
STELARA	64
STERILE PADS	123
STIOLTO RESPIMAT	46
STIVARGA.....	11
STRENSIQ.....	139
streptomycin	80
STRIBILD	101
STRIVERDI RESPIMAT	46
SUBLOCADE	15
subvenite.....	93
sucralfate	52
sulfacetamide sodium	70
sulfacetamide sodium (acne)	51
sulfacetamide-prednisolone	70
sulfadiazine	84
sulfamethoxazole-trimethoprim	84
sulfasalazine	38
sulindac	76
sumatriptan	21
sumatriptan succinate	21
sunitinib	11
SUNOSI.....	40
SUPPRELIN LA	59
SUPREP BOWEL PREP KIT	54
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	50
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	123
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	123, 124
SURE COMFORT PEN NEEDLE	124
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	123
SURE-FINE PEN NEEDLES	124
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	124
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	50
SUTAB	54
syeda	89
SYLVANT	11
SYMBICORT	45
SYMDEKO	44
SYMJEPI	33
SYMLINPEN 120	18
SYMLINPEN 60	18
SYMPAZAN	93
SYMTUZA	101
SYNAGIS	103
SYNAREL	59
SYNDROS	23

SYNERCID	81	temazepam.....	16	TIVICAY PD.....	101
SYNJARDY	18	TEMIXYS	101	tizanidine	139
SYNJARDY XR	18	TEMODAR	12	TOBI PODHALER	80
SYNRIBO	11	temsirolimus	12	tobramycin.....	70, 80
T		tencon	78	tobramycin in 0.225 % nacl....	80
TABLOID	11	TENIVAC (PF)	67	tobramycin sulfate	80
TABRECTA.....	11	tenofovir disoproxil fumarate		tobramycin-dexamethasone....	70
tacrolimus	49, 64	.....	101	tolmetin.....	76
tadalafil.....	74	TEPEZZA.....	72	tolterodine.....	55
tadalafil (pulg. hypertension)	74	TEPMETKO.....	12	TOPCARE CLICKFINE	126
TAFINLAR	11	terazosin.....	55	TOPCARE ULTRA	
TAGRISSO	11	terbinafine hcl.....	98	COMFORT	126
TAKHZYRO	73	terbutaline	46, 47	topiramate	93
TALTZ AUTOINJECTOR ...	64	terconazole.....	80	toposar	12
TALTZ SYRINGE	64	TERUMO INSULIN SYRINGE		topotecan.....	12
TALZENNA.....	11	.....	126	toremifene	12
tamoxifen.....	11	testosterone	56	torsemide	36
tamsulosin.....	55	testosterone cypionate	55	TOTECT	74
tarina 24 fe.....	89	testosterone enanthate.....	56	TOUJEO MAX U-300	
tarina fe 1-20 eq (28).....	89	TETANUS,DIPHTHERIA TOX		SOLOSTAR	20
taron-c dha.....	141	PED(PF)	67	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
taron-prex prenatal-dha	141	tetrabenazine.....	43	INSULIN	20
TASCENSO ODT	43	tetracycline	85	TRACLEER	74
TASIGNA	11, 12	THALOMID.....	73	TRADJENTA	18
TAVALISSE	135	theophylline.....	47	tramadol	78
tazarotene	51	THINPRO INSULIN SYRINGE		tramadol-acetaminophen	78
TAZORAC	51	.....	126	trandolapril	37
taztia xt.....	32	THIOLA EC	55	tranexamic acid.....	135
TAZVERIK.....	12	thioridazine.....	28	tranylcypromine.....	96
TDVAX.....	67	thiopeta	12	TRAVASOL 10 %	30
TECENTRIQ.....	12	thiothixene	28	travoprost	69
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	125	tiadylt er.....	32	TRAZIMERA.....	12
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) ..	124, 125	tiagabine	93	trazodone	96
TECHLITE PEN NEEDLE.	125,	TIBSOVO.....	12	TREANDA	12
126		TICE BCG	12	TRECATOR	99
TEFLARO.....	82	TICOVAC	67	TRELEGY ELLIPTA.....	47
telmisartan	34	tigecycline	85	TRELSTAR	12
telmisartan-amlodipine.....	34	timolol maleate	32, 69	TREMFYA	64
telmisartan-hydrochlorothiazid		tinidazole	23	treprostil sodium.....	74
.....	34	tiopronin	55	tretinoin.....	51
		TIVDAK.....	12	tretinoin (antineoplastic).....	12
		TIVICAY	101	tri femynor	89

triamcinolone acetonide	47, 49,
58	
triamterene-hydrochlorothiazid	37
triazolam.....	16
trientine.....	79
tri-estarrylla	89
trifluoperazine	28
trifluridine.....	70
trihexyphenidyl.....	24
TRIJARDY XR.....	18
TRIKAFTA	44
tri-legest fe.....	89
tri-linyah.....	90
tri-lo-estarrylla	90
tri-lo-marzia.....	90
tri-lo-mili	90
tri-lo-sprintec	90
trilyte with flavor packets.....	54
trimethoprim.....	81
tri-mili.....	90
trimipramine	96
TRINTELLIX.....	96
tri-nymyo.....	90
tri-previfem (28).....	90
TRIPTODUR	59
tri-sprintec (28).....	90
TRIUMEQ.....	101
TRIUMEQ PD.....	101
triveen-duo dha.....	141
triveen-prx rnf	141
trivora (28).....	90
tri-vylibra.....	90
tri-vylibra lo.....	90
TRIZIVIR.....	101
TRODELVY	12
TROGARZO	101
TROPHAMINE 10 %	30
trospium.....	55
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS.....	50

TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	127
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS.....	50
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE.....	126, 127
TRUEPLUS INSULIN.....	128
TRUEPLUS PEN NEEDLE	127
TRULICITY	18
TRUMENBA.....	67
TRUSELTIQ	12
TRUXIMA	13
TUKYSA.....	13
tulana	90
TURALIO	13
TWINRIX (PF).....	67
tyblume	90
TYBOST	74
TYMLOS	39
TYPHIM VI	67
TYSABRI	64
TYVASO	74
U	
UBRELVY	21
UCERIS	38
UDENYCA	138
ULTICARE	128, 129
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	128
ULTICARE INSULIN SYR(HALF UNIT).....	128
ULTICARE PEN NEEDLE	128, 129
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	129
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR	129
ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE	129
ULTILET ALCOHOL SWAB	50
ULTILET INSULIN SYRINGE	117, 130
ULTILET PEN NEEDLE.....	130
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	115, 123, 128
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	111, 115, 130
ULTRA FLO INSULIN SYR(HALF UNIT).....	130
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	130, 131
ULTRA FLO PEN NEEDLE	130
ULTRA THIN PEN NEEDLE	131
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	131
ULTRACARE PEN NEEDLE	131
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	131, 132
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	132
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	132
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	132
UNIFINE PEN NEEDLE	132
UNIFINE PENTIPS	121, 132
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	132
UNIFINE PENTIPS PLUS	132
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	132
UNIFINE SAFECONTROL	133
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	133
UNITUXIN	13
UPTRAVI	74, 75

ursodiol.....	53	vicodin hp	78	VPRIV	139
V		VICTOZA	18	VRAYLAR	28
valacyclovir	103	vienna	90	VUMERITY	43
VALCHLOR	50	vigabatrin.....	93, 94	vyfemla (28)	90
valganciclovir.....	103	vigadroner	94	vylibra.....	90
valproate sodium	93	VIIBRYD	96	VYNDAMAX	33
valproic acid	93	vilazodone	96	VYNDAQEL	33
valproic acid (as sodium salt).....	93	VIMIZIM.....	139	VYXEOS	13
valrubicin.....	13	VIMPAT	94	VYZULTA	69
valsartan	34	vinate care.....	141	W	
valsartan-hydrochlorothiazide	34	vinate gt.....	141	warfarin.....	136
VALTOCO.....	93	vinate ii	141	WEBCOL	50
vancomycin	81	vinate ultra.....	141	WELIREG	13
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	133	vinblastine	13	wera (28).....	90
VANISHPOINT SYRINGE .133		vincasar pfs.....	13	X	
VAQTA (PF).....	67	vincristine	13	XADAGO	24
varenicline	15	vinorelbine.....	13	XALKORI	13
VARIVAX (PF)	67	viorele (28)	90	XARELTO	136
VASCEPA.....	36	VIRACEPT	101	XARELTO DVT-PE TREAT	
VECTIBIX	13	VIREAD	102	3D START.....	136
VEKLURY.....	103	virt-c dha.....	141	XATMEP	13
VELCADE	13	virt-nate dha.....	141	XCOPRI	94
velivet triphasic regimen (28)	90	virt-pn	141	XCOPRI MAINTENANCE	
VELPHORO.....	54	virt-pn dha	141	PACK	94
VEMLIDY	101	virt-pn plus	141	XCOPRI TITRATION PACK	94
vena-bal dha	141	VISTOGARD	74	XELJANZ	64
VENCLEXTA.....	13	vitafol gummies.....	141	XELJANZ XR	64
VENCLEXTA STARTING		vitafol nano.....	141	XELPROS	69
PACK	13	vitafol-ob+dha	141	XERMELO	54
venlafaxine	96	VITRAKVI.....	13	XGEVA	40
venlafaxine besylate	96	viva dha	141	XHANCE	71
verapamil.....	32	VIZIMPRO.....	13	XIFAXAN	81
VEREGEN	50	VOCABRIA	102	XIGDUO XR	18
VERIFINE PEN NEEDLE...	133	vol-nate	142	XXIIDRA	72
VERSACLOZ	28	volnea (28).....	90	XOFLUZA	103
VERSALON.....	133	VONJO.....	13	XOLAIR	44
VERZENIO.....	13	voriconazole	98	XOSPATA.....	13
vestura (28).....	90	VOSEVI	102	XPOVIO	13, 14
V-GO 20.....	133	VOTRIENT	13	XTAMPZA ER.....	78
V-GO 30.....	133	vp-ch plus	142	XTANDI.....	14
V-GO 40.....	133	vp-ch-pnv.....	142	xulane	90
		vp-pnv-dha.....	142	XULTOPHY 100/3.6	20

XURIDEN	74	ZEGALOGUE	
XYOSTED	56	AUTOINJECTOR	74
XYREM	40	ZEGALOGUE SYRINGE	74
Y		ZEJULA	14
YERVOY	14	ZELBORA ^F	14
YF-VAX (PF)	68	zenatane	50
YONDELIS	14	ZENPEP	139
YONSA	14	ZEPZELCA	14
yuvafem	57	zidovudine	102
Z		ZIEXTENZO	138
zafemy	90	zingiber	142
zaflurkast	45	ZIOPTAN (PF)	69
zaleplon	40	ziprasidone hcl	28
ZALTRAP	14	ziprasidone mesylate	28
zarah	90	ZIRABEV	14
ZARXIO	138	ZIRGAN	70
zatean-pn dha	142	ZOLADEX	14
zatean-pn plus	142	zoledronic acid	40
zebutal	78	zoledronic acid-mannitol-water	
		.....	40
		ZOLINZA	14
		zolmitriptan	21
		zolpidem	40
		ZONISADE	94
		zonisamide	94
		ZORBTIVE	59
		zovia 1-35 (28)	90
		ZTALMY	94
		ZTLIDO	79
		ZULRESSO	96
		zumandimine (28)	91
		ZYDELIG	14
		ZYKADIA	14
		ZYLET	70
		ZYNLONTA	14
		ZYPREXA RELPREVV	28

BayCare Health Plans
300 Park Place Blvd.
Suite 170
Clearwater, FL 33759

Member.BayCarePlus.org

Línea sin costo (866) 509-5396
Los usuarios del servicio TTY
deben llamar al: 711

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

Este formulario se actualizó el 22/11/2022.
Para obtener información más reciente, o si tiene
otras preguntas, llame al Servicio de Atención al
Cliente de **BayCarePlus** al (866) 509-5396 o, para
usuarios de TTY, al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite
Member.BayCarePlus.org. Puede comunicarse con el
servicio de mensajería los fines de semana y días
festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el
siguiente día hábil.

BayCare Health Plans es un plan HMO con un contrato
con Medicare. La inscripción en BayCare Health Plans
depende de la renovación del contrato.

Los miembros deben usar proveedores del plan, salvo
en situaciones de atención de emergencia o de
urgencia. Si un miembro obtiene atención de rutina de
un proveedor fuera de la red sin antes obtener la
aprobación de BayCare Select Health Plans, ni
Medicare ni BayCare Select Health Plans serán
responsables de los costos. BayCare Select Health
Plans cumple con las leyes federales aplicables en
materia de derechos civiles y no discrimina por motivos
de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni
sexo.

