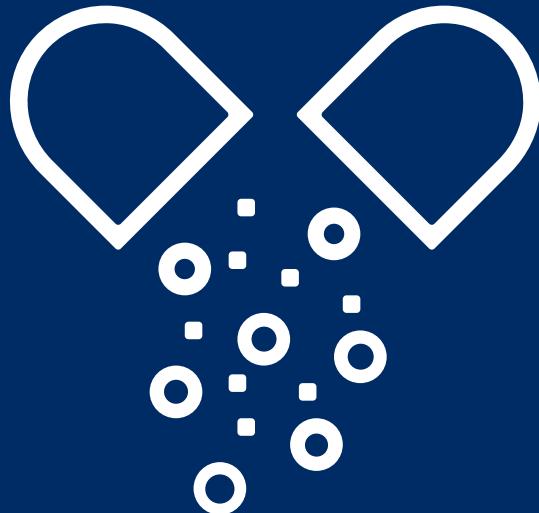


Este formulario fue actualizado el 22/11/2022. Si desea información más reciente otiene otras dudas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Essence Healthcare al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, 711, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.



Formulario De Medicamentos Recetados

MEDICARE ADVANTAGE | 2022

ESSENCE ADVANTAGE PLATINUM (HMO) • ESSENCE ADVANTAGE GOLD (HMO)



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

Essence Advantage (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 Essence Advantage (HMO). Cuando aparezca "plan" o "nuestro plan", se refiere a Essence 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) 22306, Versión número 18

Y0027_22-219_C

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

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nosotros en consulta con un equipo de proveedores de servicios de salud, y que representa las terapias de recetas médicas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en nuestro formulario mientras el medicamento sea 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 Essence Advantage (HMO)?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** En caso de que la Administración de Alimentos y Medicamentos determine que uno de los medicamentos de nuestro formulario es inseguro, o de que el fabricante del medicamento lo retire del mercado, eliminaremos de inmediato el medicamento de nuestro formulario y le daremos aviso a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca incluido actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O puede que hagamos cambios de acuerdo a nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o les añadimos requisitos de autorización previa, límite de cantidad o restricciones de terapia escalonada, o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificarles el cambio a los miembros afectados, por lo menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en el que el miembro solicite un nuevo

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 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 Essence Advantage?" en la página iv para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Essence Advantage?

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

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

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

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

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

Como un miembro nuevo o continuo de nuestro plan, es posible que usted esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que está en nuestro formulario, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, puede necesitar una autorización previa nuestra

antes de surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que esté cubierto, o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de Essence Advantage

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

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

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

List of Abbreviations

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 1-855-996-8422 (TTY:711) de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, y los días feriados. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil, o visite www.EverythingEssence.com

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

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

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

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

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

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

SI: Las insulinas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas selectas, incluida la información completa sobre el costo compartido.

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.

Para obtener información relacionada con los montos del copago o los porcentajes del coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 y en la Sección 5.4 de su Evidencia de cobertura.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....	20
Agentes Antiansiedad.....	21
Agentes Antidemencia.....	22
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigrána	28
Agentes Antinausea	29
Agentes Antiparasitarios	31
Agentes Antiparkinson	32
Agentes Antipsicóticos	34
Agentes Calóricos	39
Agentes Cardiovasculares.....	41
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	53
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	54
Agentes De Trastorno De Sueño	56
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	56
Agentes Del Tracto Respiratorio	61
Agentes Dentales Y Orales	65
Agentes Dermatológicos.....	66
Agentes Gastrointestinales	72
Agentes Genitourinarios	77
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	78
Agentes Inmunológicos	84
Agentes Oftálmicos.....	94
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	96
Agentes Terapeuticos Misceláneos	100

Agentes Vasodilatadores	102
Analgésicos	103
Anestésicos	109
Antagonistas De Metales Pesados	110
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	111
Antibacterianos	111
Anticonceptivos	119
Anticonvulsivos	128
Antidepresivos	133
Antifúngicos	136
Antihistamínicos	139
Antimicobacteriales	139
Antivirales (Sítémico)	140
Dispositivos	147
Preparaciones De Reemplazo	183
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	185
Reemplazo/Modificadores De Enzima	189
Relajantes Musculares Esqueléticos	191
Vitaminas Y Minerales	192

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)	
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	(paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NM; NDS
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS
<i>adriamycin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i> (doxorubicin)	2	PA BvD	
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD	
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	(pemetrexed disodium)	5	NM; NDS
ALIQOPA INTRAVENOUS RECON SOLN 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)		5	PA NSO; NM; NDS
<i>alymsys intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	PA NSO; NM; NDS	
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	GC	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i> (Trisenox)	5	NM; NDS	
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML		5	PA NSO; NM; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NM; NDS
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin)	2	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i> (Clolar)	5	NM; 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; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; 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; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NM; NDS
<i>docetaxel intravenous solution 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	5	NM; 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> (Doxil)	5	PA BvD; NM; 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	NM; NDS
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarseva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarseva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Toposar)	2	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous recon soln 2 gram</i>	5	PA BvD; NM; 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; NM; 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; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)</i>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)</i>	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)</i>	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; 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; NM; 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; NM; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	
IXEM普RA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG	5	NM; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan 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>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	5	NM; NDS
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (7 per 21 days)
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMOXITI INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MARQIBO INTRAVENOUS KIT 5 MG/31 ML(0.16 MG/ML) FINAL	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>melphalan hcl intravenous recon soln</i> (Alkeran (as HCl)) 50 mg	5	NM; 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; NM; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML	5	NM; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
PEPAXTO INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION 420 MG/14 ML (30 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG-30000 UNIT/15ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 21 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-600 MG-20000 UNIT/10ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (10 per 21 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 21 days)
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	5	NM; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG (lenalidomide)	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>temsirolimus intravenous recon soln 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first)</i>	5	PA BvD; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i>	5	NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>topotecan intravenous recon soln 4 mg</i>	5	NM; NDS
<i>topotecan intravenous solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	4	QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tretinooin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION 3.5 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i> (Valstar)	5	NM; NDS
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	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; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan 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>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine)	2	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	2	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (Navelbine)	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
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; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 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 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; 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; NM; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; 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	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
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 (varenicline)	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	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NARCAN NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone)	3	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (1008 per 90 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
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
varenicline oral tablet 0.5 mg	2	QL (336 per 365 days)
varenicline oral tablet 1 mg (Chantix Continuing Month Box)	2	QL (336 per 365 days)
varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42) (Chantix Starting Month Box)	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg (Xanax)	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Xanax XR)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg (Xanax XR)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	2	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg	2	QL (180 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg (Tranxene T-Tab)	2	QL (180 per 30 days)
diazepam 25 mg/5 ml oral conc 5 mg/ml (Diazepam Intensol)	2	QL (1200 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	2	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	2	QL (10 per 28 days)
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml (diazepam)	2	QL (1200 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>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concnet 2 mg/ml</i> (Lorazepam Intensol)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	NDS; QL (60 per 30 days)

Agentes Antidemencia

Agentes Antidemencia

<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 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>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i> (Razadyne ER)	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	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)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml (Riomet)</i>	2	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	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)
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 (Actos)</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	(insulin glargine) 3	SI; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine) 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)	(insulin aspart u-100) 2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart) 2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart) 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 PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100)	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 (Amaryl)		6	GC; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg (Amaryl)		6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		6	GC; QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg (Glucotrol XL)		6	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg (Glucotrol XL)		6	GC; QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg		6	GC; QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg		6	GC; QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg (Glynase)		6	GC
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		6	GC
glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		6	GC
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			

Puede encontrar información sobre qué significan 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>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	2	QL (60 per 30 days)
<i>probencid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probencid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 per 30 days)
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</i> <i>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> (Migranal)	5	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i> (Imitrex)	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 (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> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	2	QL (2 per 28 days)
<i>gransetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	
<i>gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>gransetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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 (Compazine) 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository (Compro) 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	GC
<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	
<i>scopolamine base transdermal patch (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days</i>	2	QL (10 per 30 days)
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Agentes Antiparasitarios

Agentes Antiparasitarios

<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml (Mepron)</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg (Malarone)</i>	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg (Malarone Pediatric)</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 (Plaquenil)</i>	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 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>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 50) tablet 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 75) tablet 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 100) tablet 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 125) tablet 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 150) tablet 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral (Stalevo 200) tablet 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg (Comtan)</i>	2	
<i>INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG</i>	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
<i>KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG</i>	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG</i>	5	PA; NM; NDS
<i>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</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)</i>	4	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i> (Mirapex)	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	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	GC
XADAGO ORAL TABLET 100 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NM; 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> (Abilify)	2	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	2	QL (60 per 30 days)
<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; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
asenapine maleate sublingual tablet (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	2	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
clozapine oral tablet 100 mg (Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg (Clozaril)	2	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	2	ST; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	2	ST; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	5	ST; NM; 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; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	4	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (Haldol Decanoate)	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>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 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	NM; NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 84 days)
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>loxpiprazine 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; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg (Zyprexa)</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 (Zyprexa)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg (Zyprexa Zydis)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg (Invega)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg (Invega)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Seroquel)</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>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel)	2	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel XR)	2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Risperdal)	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i> (Risperdal)	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)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 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> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	GC
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr (Catapres-TTS-1)	2	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr (Catapres-TTS-2)	2	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr (Catapres-TTS-3)	2	QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	2	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml (Vazculep)	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)	2	
Agentes Antiarrítmicos		

Puede encontrar información sobre qué significan 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>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	GC
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i> (amiodarone)	1	GC
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 50) <i>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> (Coreg)	1	GC
<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> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	2	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) (digoxin)</i>	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) (digoxin)</i>	2	
<i>digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg) (Digitek)</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) (Digitek)</i>	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml (EpiPen Jr)</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml (Auvi-Q)</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml (Adrenalin)</i>	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml (Sajazir)</i>	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg (Demser)</i>	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> (Ranexa)	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Ranexa)	2	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; 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> (Atacand)	2	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	2	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOL ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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-amlodipin-hcthiazid 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>	6	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC
<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>	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	6	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	6	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	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> (Caduet)	2	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	2	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	2	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	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>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 160 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	GC
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; NM; 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>	6	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg</i>	2	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 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>	6	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Zocor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	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> (Diuril IV)	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>spironolactone-hydrochlorothiazide oral tablet 25-25 mg</i>	2	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>torsemide oral tablet 20 mg (Soaanz)</i>	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral tablet 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazide oral tablet 75-50 mg</i>	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Lotensin)</i>	6	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	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>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 (Epaned)</i>	2	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg (Vasotec)</i>	6	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg (Vaseretic)</i>	6	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg (Zestril)</i>	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Zestoretic)</i>	6	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	GC
QBRELIS ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Accupril)</i>	6	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Accuretic)</i>	6	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Altace)</i>	6	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg (Tekturna)</i>	2	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION 25 MG/5 ML	4	ST; QL (600 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>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspira)	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	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	GC
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	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> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	4	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	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>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg</i> (Asacol HD)	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
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)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	5	NM; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	5	PA; NM; NDS; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	3	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 (Boniva)</i>	2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	2	
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg (Zemplar)</i>	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg (Actonel)</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 (Actonel)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i>	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; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	2	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i> (Cafcit)	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i> (Kapvay)	2	QL (120 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg</i> (Dexedrine Spansule)	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenedi)	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i> (Zenedi)	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Zenedi)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	(Adderall XR)	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>	(Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		5	PA; NM; NDS
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>		2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	(fingolimod)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	(Intuniv ER)	2	QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i>	(Lithobid)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	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 capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (Xenazine)</i>	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %) (Acetadote)</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	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG (roflumilast)	3	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG (roflumilast)	3	QL (30 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)	
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)	
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)	
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)	
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS	
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)	
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)	
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)	
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS	
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS	
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	(fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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	(fluticasone furoate-vilanterol) 3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 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	(fluticasone propionate) 3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate) 3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate) 3	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	(budesonide-formoterol) 3	QL (30.6 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
Antileucotrienos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	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> (Proventil HFA)	2	QL (17 per 30 days)
<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 (theophylline)</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>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	GC
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	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<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> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i> (Olux)	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	2	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i> (DesOwen)	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> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</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>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> (fluocinonide-emollient)	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	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	2	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	
<i>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> (Elidel)	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> (hydrocortisone)	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>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i>	(hydrocortisone)	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	(hydrocortisone)	2	
<i>protozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	(hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	(Protopic)	2	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>		1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i>	(Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %</i>		1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i>	(Trianex)	2	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
Agentes Dermatológicos, Otros			
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	(isotretinoin)	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	(Zovirax)	2	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	(Zovirax)	2	QL (30 per 30 days)
<i>ALCOHOL 70% SWABS</i>	(Alcohol Pads)	1	GC
<i>ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	(alcohol swabs)	1	GC
<i>ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED</i>	(alcohol swabs)	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>		2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	(Skin Treatment)	2	
<i>BD SINGLE USE SWAB</i>	(alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>		2	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	(Dovonex)	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	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	GC
DENA VIR TOPICAL CREAM 1 %	5	NM; NDS
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podo filox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	1	GC
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NM; NDS
VEREGEN TOPICAL OINTMENT 15 %	5	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	GC
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Evoclin)	2	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	2	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	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> (Benzamycin)	2	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</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>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
<i>TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %</i>	4	
<i>tretinooin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinooin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinooin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinooin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinooin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	(Acid Reducer (cimetidine))	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg</i>	(Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	(Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	(Nexium Packet)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	(Nexium Packet)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>		2	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i>	(Nexium IV)	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>		1	GC
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>		2	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>		2	
<i>famotidine oral suspension 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>		2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	(Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	(Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg</i>	(Prevacid 24Hr)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	(Prevacid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	(Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 150 mg/10 ml</i>		2	
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>propantheline oral tablet 15 mg</i>	2	
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	NM; NDS
<i>sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml</i>	2	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; 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> (Fosrenol)	5	NM; NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	5	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i> (Renagel)	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> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- 6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium,potassium,mag sulfates)	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479- 0.188- 0.225 GRAM	3	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	2	
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
THIOLA EC ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	5	PA; NM; NDS
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>trospium oral tablet 20 mg</i>	2	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i>	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 50 mcg</i>	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG</i>	5	PA; NM; NDS
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
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		
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg (estradiol-norethindrone acet)	2	
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 (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Estrace)	1	GC
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 (Dotti)	2	QL (8 per 28 days)
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 (Climara)	2	QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram) (Estrace)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg (Yuvafem)	2	QL (18 per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml (Delestrogen)	2	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg (Amabelz)	2	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
jintelii oral tablet 1-5 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
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 (estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg (estradiol-norethindrone acet)	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>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoide s		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	2	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	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	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	GC
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (91 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
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 MG, 36 MG, 6 MG	5	PA; NM; 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, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	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)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 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; GC
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	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
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	5	NM; NDS
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	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> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	5	NM; NDS
MYCAPSSA ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 20 MG	5	PA; NM; 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; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	(Sandostatin) 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; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG	5	NM; NDS
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	(lanreotide) 5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	NM; NDS; QL (1 per 360 days)
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	5	NM; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 168 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
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres) (Makena) intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<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	GC
<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; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg (Imuran)</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; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	5	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	5	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	2	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress) tablet 0.25 mg</i>	2	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress) tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)</i>	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg (Arava)</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; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	
IPOV INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
PREHEVBRI (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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTAQUE VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML toxoids-td)	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 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
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	(typhoid vi polysacch vaccine) 3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	(brinzolamide) 2	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	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>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 % (Alphagan P)</i>	4	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)</i>	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) (brimonidine-timolol) DROPS 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 % (Trusopt)</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 % (Xalatan)</i>	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %</i>	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 %, 4 %</i>	2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 2 % (Isopto Carpine)</i>	2	
<i>RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %</i>	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %</i>	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %</i>	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 % (Timoptic)</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 % (Timoptic-XE)</i>	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
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> (Polycin)	2	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (sulfacetamide sodium)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ciloxan)	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (Ciprodex)	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> (Zymaxid)	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> (gentamicin)	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(Neo-Polycin HC)	2
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(Neo-Polycin)	2
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	(Maxitrol)	2
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	(Maxitrol)	2
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>		2
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>		2
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>		2
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>		2
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	2
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	2
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflax)	2
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		2
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	2
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	(Polytrim)	1
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>		2
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</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>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 % (Tobrex)</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 % (TobraDex)</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %</i>	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	2	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	3	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 % (Restasis)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>disfluprednate ophthalmic (eye) drops (Durezol) 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 % (DermOtic Oil)</i>	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 % (FML Liquifilm)</i>	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</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>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	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 % (cyclosporine)	2	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaíne ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (proparacaine)	2	
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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> (Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	2	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	2	
<i>olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %</i> (Patanase)	2	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Clear Eyes Once Daily Allergy)	2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Alcaine)	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
Agentes Terapeúticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeúticos Misceláneos		
<i>ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML</i>	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml (Proglycem)</i>	2	
<i>ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM</i>	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML</i>	5	PA; NM; NDS
<i>EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML</i>	5	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML</i>	3	
<i>GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML</i>	3	
<i>GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML</i>	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 (Vistaril) mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG</i>	5	PA; NM; 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>	(Carnitor)	4

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (Mestinon Timespan)	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NM; NDS; QL (24 per 14 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	5	PA; NM; 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i> (Flolan)	5	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	5	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS

Analgésicos

Puede encontrar información sobre qué significan 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 Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Cataflam)	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> (Arthritis Pain (diclofenac))	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> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	2	
<i>ketorolac injection cartridge 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>kеторолак injection cartridge 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак injection solution 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>kеторолак injection solution 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак injection syringe 15 mg/ml</i>	2	QL (40 per 30 days)
<i>kеторолак injection syringe 30 mg/ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак intramuscular cartridge 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>kеторолак oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Relafen)	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	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>naproxen-esomeprazole oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 375-20 mg</i> (Vimovo)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	2	
<i>tolmetin oral tablet 200 mg, 600 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	GC; NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (codeine-butalbital-asa-caff)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i> (Butrans)	2	NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i> (Fioricet with Codeine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i> (Tencon)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i> (Zebutal)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml</i>	2	NDS; QL (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
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; 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> (Actiq)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> (Actiq)	2	PA; NDS; 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	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	NDS; 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	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY</i>	5	PA; NM; 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	NDS; QL (600 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>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg (methadone)</i>	2	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg (MS Contin)</i>	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg (Roxicodone)</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; 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 (OxyContin)</i>	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet (Endocet) 10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet (Endocet) 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) 7.5-325 mg	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet</i> 4.8355-325 mg	2	NDS; 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	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet</i> 10 mg	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet</i> 5 mg	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release</i> 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet</i> 50-325 mg (butalbital-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet</i> 50 mg	1	GC; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> 37.5-325 mg (Ultracet)	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<i>vicodin hp oral tablet</i> 10-300 mg (hydrocodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule</i> 50-325-40 mg (butalbital-acetaminophen-caff)	2	QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator</i> 2 % (lidocaine hcl)	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 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl sdv, p/f 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	GC
<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> (Lidoderm)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>clovique oral capsule 250 mg</i> (trientine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan 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>deferoxamine injection recon soln 2 gram</i>	2	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i> (Desferal)	2	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY) 1,000 MG (deferiprone)	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG (deferiprone)	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i> (Cuprimine)	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml, 80 mg/8 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS
<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> (Cleocin HCl)	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NM; 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> (Zyvox)	2	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	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>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrodantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram</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>meropenem intravenous recon soln 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	
<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 (Suprax)</i>	2	
<i>cefixime oral suspension for (Suprax) 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</i>	2	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram, 2 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>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 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 (Unasyn) soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	2	
<i>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</i>	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	NM; NDS
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) 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	GC
<i>pfiwerpen-g injection recon soln 20 million unit (penicillin g potassium)</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>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
Quinolonas		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 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	GC
<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</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	1	GC
Tetraciclinas		
<i>demecclocycline oral tablet 150 mg, 300 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>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg (doxycycline hyclate)</i>	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg (Doxy-100)</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg (Morgidox)</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg (LymePak)</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg, 50 mg (Doryx)</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg (Mondoxyne NL)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg (Monodox)</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 (Avidoxy)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<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>monodoxyne nl oral capsule 100 mg, 75 mg (doxycycline monohydrate)</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg (Tygacil)</i>	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		

Puede encontrar información sobre qué significan 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>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estriadiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estriadiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	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> (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	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> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estriadiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estriadiol/e.estriadiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Apri)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	2	
<i>elonest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELLA ORAL TABLET 30 MG		4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	4	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 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>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21/0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (LoJaimiess)	2	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	GC
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estriadiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	GC
<i>milan oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Merzee)	2	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tri-Legest Fe)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Femynor)	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (28) (norethindrone-ethin estradiol)</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 (norethindrone-ethin estradiol)</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 (norgestimate-ethinyl estradiol)</i>	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</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 (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)</i>	1	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91) (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg (norethindrone (contraceptive))</i>	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)</i>	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) (1 norgest/e.estriadiol-e.estrad)</i>	2	QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)	4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)</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>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	GC
<i>tri-femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estriadiol-iron)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarrylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienna oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<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> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
<i>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG</i>	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG</i>	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML</i>	3	QL (80 per 30 days)
<i>BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	2
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	2
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	2
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	2
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>		2
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	2
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Onfi)	2
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG		5
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i>	(Diastat AcuDial)	4
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i>	(Diastat)	4
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4
<i>divalproex oral capsule, delayed release 125 mg</i>	(Depakote Sprinkles)	2
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	(Depakote ER)	2
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	(Depakote)	2
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	(carbamazepine)	2
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4
		QL (480 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>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	2	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	NM; 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	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i> gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i> gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i> lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i> lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i> lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i> lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i> lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter Blue))	2	
<i> lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter Orange))	2	
<i> lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter Green))	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
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> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	4	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	5	NM; 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> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet,chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Banzel)	5	NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	2	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadron)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
vigabatrin oral tablet 500 mg (Sabril)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadron oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (lacosamide)	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 (Zonegran)	2	
zonisamide oral capsule 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg	2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	2	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg (Wellbutrin XL)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	(Wellbutrin SR)	2
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	(Celexa)	1
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	(Celexa)	1
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	(Anafranil)	2
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	(Norpramin)	2
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	(Pristiq)	2
<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
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG		4
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	(Cymbalta)	2
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>		2
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR		5
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>		2
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	(Lexapro)	1
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)		4
		ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, (Prozac) 40 mg</i>	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating (Remeron SolTab) 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 (Pamelor) mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 (Paxil) mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 (Paxil) mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet extended (Paxil CR) 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 (Nardil)</i>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml (Zoloft)</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>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)</i>	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg (Parnate)</i>	2	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<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)
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Viibryd)</i>	2	QL (30 per 30 days)
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	NM; NDS
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	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
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	(amphotericin b liposome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>		2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	(AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	(Cancidas)	5	NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	(Cancidas)	2	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	(Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>		2	QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	(Loprox)	2	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	(Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i>	(Loprox (as olamine))	2	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>		2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	(Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>		2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>		2	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>		2	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>		2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>		2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	(Diflucan)	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	(Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>		2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
itraconazole oral capsule 100 mg (Sporanox)	2	
itraconazole oral solution 10 mg/ml (Sporanox)	2	PA
ketoconazole oral tablet 200 mg	2	
ketoconazole topical cream 2 %	2	QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	2	QL (360 per 30 days)
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg	2	
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	5	NM; NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	5	PA; NM; NDS
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	2	QL (900 per 30 days)
nystatin oral tablet 500,000 unit	2	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	2	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%	2	
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%	2	
nystop topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	GC
voriconazole intravenous recon soln 200 mg (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Vfend)	5	PA; NM; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg (Vfend)	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
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	GC
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
<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</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<i>PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</i>	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	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>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sítémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	2	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	5	NM; NDS
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APТИVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NM; NDS
APТИVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; NDS
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NM; NDS
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg (Sustiva)</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg (Atripla)</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg (Symfi Lo)</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 600-300-300 mg (Symfi)</i>	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg (Emtriva)</i>	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg (Truvada)</i>	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg (Intelence)</i>	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg (Lexiva)</i>	2	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NM; 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	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	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
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)</i>	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)</i>	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 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	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	(abacavir-lamivudine-zidovudine)	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4		
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	(Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	(Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)	
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)	
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)	
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)	
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)	
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
foscarnet intravenous solution 24 mg/ml (Foscavir)	2	PA BvD
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	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; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
rimantadine oral tablet 100 mg (Flumadine)	2	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; 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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NM; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	5	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
acyclovir oral capsule 200 mg	2	
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml (Zovirax)	2	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	2	
acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	2	PA BvD
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	PA BvD
adefovir oral tablet 10 mg (Hepsera)	2	
cidofovir intravenous solution 75 mg/ml	5	NM; NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Baraclude)	2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg	4	QL (40 per 5 days)
ribavirin inhalation recon soln 6 gram (Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
ribavirin oral capsule 200 mg	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg (Valtrex)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NM; NDS	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2		
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	5	PA BvD; NM; NDS	
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	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"	(pen needle, diabetic, safety)	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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
BD 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 (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O (insulin syringe NEEDLE 1 ML needleless)	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 (BD Insulin Syringe Slip ML Tip)	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL (pen needle, diabetic) 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 (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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"	(pen needle, diabetic)	2
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100) (insulin syringe-needle	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) (insulin syringe-needle	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100) (insulin syringe-needle	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		2
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		2
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		2
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"		2
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2

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

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2
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"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML 1 ML	(insulin syringe needleless)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 1 ML	(insulin syringe needleless)	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	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	2	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	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"	(Advocate Syringes)	2
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insulin Syr(half unit))	2
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Advocate Syringes)	2
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2
INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	2
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		2
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	2
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	2
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Advocate Syringes)	2
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1 GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		2
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
LITETOUGH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUGH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUGH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUGH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUGH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	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"	(pen needle, diabetic)	2
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	2
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	2
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	2
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) 1 ML	(insulin syringes (disposable))	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	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)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	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 PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(AboutTime Pen Needle)	2
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	2
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	2
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM, STRL, SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	(Lite Touch Insulin Syringe)	2
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		2
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		2
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	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"	(pen needle, diabetic, safety)	2
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 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
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", (gauze bandage) STERILE 2 X 2 "	1	GC
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE (insulin syringe-needle 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	
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle 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 (insulin syringe-needle SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 31G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
SURE COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
SURE COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
SURE COMFORT PEN NDL 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
SURE COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	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"	(insulin syringe-needle u-100)	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"	(insulin syringe-needle u-100)	2
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		2
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 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"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Advocate Syringes)	2
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	2
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		2
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		2
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		2
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE CMFR PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	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 (insulin syr/ndl u100 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X half mark) 1/4"	2	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
ULTICARE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
ULTICARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 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" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) 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
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE 0.5 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	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2

Puede encontrar información sobre qué significan 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 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	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" (pen needle, diabetic)	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" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	2	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR (insulin syringe-needle 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	GC
V-GO 20 DEVICE	3	
V-GO 30 DEVICE	3	
V-GO 40 DEVICE	3	

Preparaciones De Reemplazo

Preparaciones De Reemplazo

calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	2	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	4	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	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	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	2	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	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>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	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; GC
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet (K-Tab) extended release 10 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet (Klor-Con 8) extended release 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/Límites
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % 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; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	4	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tranexamic acid intravenous solution</i> (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	2	
Anticoagulantes		
<i>ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)</i>	3	
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30</i> (Lovenox) mg/0.3 ml	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40</i> (Lovenox) mg/0.4 ml	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60</i> (Lovenox) mg/0.6 ml	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5</i> (Arixtra) mg/0.4 ml	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	2	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
<i>heparin (porcine) injection syringe</i> 5,000 unit/ml	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution</i> 1,000 unit/ml	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe</i> 5,000 unit/0.5 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>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	GC
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NM; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NM; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NM; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	NM; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg,</i> (Orfadin) <i>5 mg</i>	5	PA; NM; NDS
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REVCOR INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)	5	NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
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

baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	2	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	2	
revonto intravenous recon soln 20 mg (dantrolene)	2	
tizanidine oral tablet 2 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>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>calcium pnv oral capsule 28-1-250 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>dothelle dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>extra-virt plus dha oral capsule 29 mg iron-1.25 mg-55 mg</i>	2	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>hemenatal ob + dha oral combo pack 28 mg iron-6 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 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>o-cal prenatal tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	2	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	
<i>pnv-ferrous fumarate-docu-fa oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2
<i>prenatal plus tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	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>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	
<i>purefe ob plus capsule 106 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>purefe plus capsule 106 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg- 320 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1- 400 mg</i>	2	
<i>triveen-prx rnf oral capsule 26-1.2- 55-300 mg</i>	2	
<i>vena-bal dha oral combo pack,tablet and cap,dr 27-1-430 mg</i>	2	
<i>vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vinate gt oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>vinate ii oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vinate ultra oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn oral tablet 27-1 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
viva dha oral capsule 28 mg iron-1 mg -200 mg	2	
vol-nate oral tablet 28 mg iron- 1 mg	2	
vp-ch plus oral capsule 29 mg iron-1 mg -50 mg-265 mg	2	
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	2	
vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg	2	
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	2	
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	2	
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg	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	147
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	147
A	
abacavir	140
abacavir-lamivudine	140
abacavir-lamivudine-zidovudine	140
ABELCET	136
abiraterone	3
ABOUTTIME PEN NEEDLE	147
ABRAXANE.....	3
acamprosate	20
acarbose	23
accutane	69
acebutolol	42
acetaminophen-codeine	106
acetazolamide	94
acetazolamide sodium	94
acetic acid	96
acetylcysteine	61
acitretin	69
ACTEMRA	84
ACTEMRA ACTPEN	84
ACTHAR	82
ACTHIB (PF).....	90
ACTIMMUNE	100
acyclovir	69, 146
acyclovir sodium	146
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ..	90
ADAKVEO	185
adapalene	72
ADCETRIS	3
adefovir	146
ADEMPAS	103
adriamycin	3
adrucil	3
ADVAIR DISKUS	62
ADVAIR HFA.....	63
ADVOCATE PEN NEEDLE	148
ADVOCATE SYRINGES..	147, 148
afirmelle.....	120
a-hydrocort.....	80
AIMOVIG AUTOINJECTOR	28
AJOVY AUTOINJECTOR ...	28
AJOVY SYRINGE.....	28
AKYNZEO (FOSNETUPITANT)	29
AKYNZEO (NETUPITANT)	30
ala-cort	66
ala-scalp	66
albendazole	31
albuterol sulfate	64
alcaïne	99
alclometasone	66
ALCOHOL PADS	69
ALCOHOL PREP PADS	70
ALCOHOL PREP SWABS ...	69
ALCOHOL SWABS	69
ALCOHOL WIPES	70
ALDURAZYME	189
ALECENSA	3
alendronate.....	54
alfuzosin.....	77
ALIMTA.....	3
ALIQOPA.....	3
aliskiren	52
allopurinol	28
alosetron	53
ALPHAGAN P	94
alprazolam.....	21
ALREX	98
altavera (28)	120
ALTRENO	72
ALUNBRIG.....	3
alyacen 1/35 (28).....	120
alyacen 7/7/7 (28)	120
alymsys	3
alyq.....	103
amabelz	79
amantadine hcl	32
AMBISOME	137
ambrisentan	103
amethia	120
amiloride	50
amiloride-hydrochlorothiazide	50
AMINOSYN II 15 %	39
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE).....	39
amiodarone	42
amitriptyline	133
amitriptyline-chlordiazepoxide	133
amlodipine	47
amlodipine-atorvastatin.....	48
amlodipine-benazepril.....	47
amlodipine-olmesartan.....	47
amlodipine-valsartan.....	47
amlodipine-valsartan-hcthiazid	47
ammonium lactate	69
amoxapine	133

amoxicil-clarithromy-lansopraz	72
amoxicillin	116
amoxicillin-pot clavulanate	116, 117
amphotericin b	137
amphotericin b liposome	137
ampicillin	117
ampicillin sodium	117
ampicillin-sulbactam	117
ANADROL-50	78
anagrelide	185
anastrozole	3
ANORO ELLIPTA	64
apomorphine	32
apraclonidine	99
aprepitant	30
APRETUDE	140
apri	120
APTIOM	128
APTIVUS	140
APTIVUS (WITH VITAMIN E)	140
aranelle (28)	120
ARCALYST	84
ariPIPRAZOLE	34
ARISTADA	34, 35
ARISTADA INITIO	34
armodafinil	56
ARNUITY ELLIPTA	63
arsenic trioxide	3
ascomp with codeine	106
asenapine maleate	35
ashlyna	120
ASPARLAS	3
aspirin-dipyridamole	187
ASSURE ID DUO-SHIELD	148
ASSURE ID INSULIN SAFETY	148
ASSURE ID PEN NEEDLE	148
atazanavir	140
atenolol	42
atenolol-chlorthalidone	42, 43
atomoxetine	56
atorvastatin	48
atovaquone	31
atovaquone-proguanil	31
atropine	99
ATROVENT HFA	64
AUBAGIO	57
aubra eq	120
aurovela 1.5/30 (21)	120
aurovela 1/20 (21)	120
aurovela 24 fe	120
aurovela fe 1.5/30 (28)	120
aurovela fe 1-20 (28)	120
AUSTEDO	57
AUVELITY	133
AVASTIN	3
aviane	120
AVONEX	57
AVSOLA	84
ayuna	120
AYVAKIT	4
azacitidine	4
azathioprine	84
azathioprine sodium	84
azelastine	100
azithromycin	115
AZOPT	94
aztreonam	113
azurette (28)	120
B	
bacitracin	96, 112
bacitracin-polymyxin b	96
baclofen	191
bal-care dha	192
bal-care dha essential	192
balsalazide	53
BALVERSA	4
balziva (28)	120
BAVENCIO	4
BAXDELA	118
BCG VACCINE, LIVE (PF)	.90
BD ALCOHOL SWABS	69
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	149
BD ECLIPSE LUER-LOK	149
BD INSULIN SYRINGE	149
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	149
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	149
BD INSULIN SYRINGE U-500	149
BD INSULIN SYRINGE	
ULTRA-FINE	149
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	149
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	149, 150
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	150
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	150
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	150
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	150
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	150
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	150
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	150
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	150
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	150
bekyree (28)	120
BELEODAQ	4
BELSOMRA	56
benazepril	51
benazepril-hydrochlorothiazide	51
BENDEKA	4

BENLYSTA	84, 85	bromfenac	98	candesartan-hydrochlorothiazide	46
benztropine	32	bromocriptine.....	32	CAPLYTA	35
bepotastine besilate	100	BROMSITE	98	CAPRELSA	5
BESPONSA	4	BRONCHITOL	61	captopril	51
BESREMI.....	85	BRUKINSA.....	5	captopril-hydrochlorothiazide	52
betaine	100	budesonide	53, 63	carbamazepine.....	129
betamethasone acet,sod phos..	80	bumetanide.....	50	carbidopa.....	32
betamethasone dipropionate...	66	buprenorphine.....	106	carbidopa-levodopa.....	32, 33
betamethasone valerate	66, 67	buprenorphine hcl	20, 106	carbidopa-levodopa-entacapone	33
betamethasone, augmented....	67	buprenorphine-naloxone.....	20	carbinoxamine maleate	139
BETASERON	57	bupropion hcl	133, 134	carboplatin.....	5
betaxolol	43, 94	bupropion hcl (smoking deter)	20	CAREFINE PEN NEEDLE	150,
bethanechol chloride	77	buspirone	101	151	
bexarotene	4	butalbital-acetaminop-caf-cod	106	CARETOUCH ALCOHOL	
BEXSERO.....	90	butalbital-acetaminophen....	106	PREP PAD	70
bicalutamide	4	butalbital-acetaminophen-caff	106	CARETOUCH INSULIN	
BICILLIN L-A	117	butalbital-aspirin-caffeine....	106	SYRINGE	151, 152
BIKTARVY	140	butorphanol.....	106	CARETOUCH PEN NEEDLE	151
bimatoprost.....	95	BYNFEZIA	82	carglumic acid.....	74
bisoprolol fumarate	43	C		CAROSPIR	52
bisoprolol-hydrochlorothiazide	43	CABENUVA	140	carteolol.....	95
BLENREP	4	cabergoline.....	32	cartia xt.....	44
bleomycin.....	4	CABLIVI.....	185	carvedilol.....	43
bleph-10.....	96	CABOMETYX	5	caspofungin	137
BLINCYTO.....	4	cabotegravir	140	CAYSTON.....	113
blisovi 24 fe	121	caffeine citrate	57	caziant (28).....	121
blisovi fe 1.5/30 (28)	121	calcipotriene.....	69, 70	cefaclor.....	114
blisovi fe 1/20 (28)	121	calcitonin (salmon)	54	cefadroxil	114
BOOSTRIX TDAP	90	calcitriol	54	cefazolin	114
BORDERED GAUZE.....	150	calcium acetate(phosphat bind)	76	cefazolin in dextrose (iso-os)	114
bortezomib.....	4	calcium chloride	183	cefdinir	114
BORTEZOMIB	4	calcium pnv.....	192	cefpeme	114
BOSULIF	4	CALQUENCE	5	cefixime	114
BRAFTOVI	4	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	5	cefotaxime	114
BREO ELLIPTA	63	camila.....	121	cefoxitin	114
BREZTRI AEROSPHERE	64	candesartan	46	cefoxitin in dextrose, iso-osm	114
briellyn	121			cefpodoxime	115
BRILINTA	187			cefprozil	115
brimonidine	95				
brimonidine-timolol	95				
BRIVIACT	128				

ceftazidime	115
ceftriaxone.....	115
cefuroxime axetil.....	115
cefuroxime sodium.....	115
celecoxib.....	104
CELONTIN.....	129
cephalexin.....	115
CERDELGA.....	189
CEREZYME.....	189
cevimeline	66
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX.....	20
chateal eq (28)	121
chloramphenicol sod succinate	112
chlordiazepoxide hcl	21
chlorhexidine gluconate	66
chloroquine phosphate.....	31
chlorothiazide sodium	50
chlorpromazine.....	35
chlorthalidone.....	50
chlorzoxazone.....	191
cholestyramine (with sugar) ...	48
cholestyramine light	48
ciclopirox.....	137
cidofovir	146
cilostazol.....	187
CIMDUO.....	141
cimetidine	73
cimetidine hcl	72
CIMZIA.....	85
CIMZIA POWDER FOR RECONST.....	85
cinacalcet	54
CINQAIR	61
CINRYZE.....	187
ciprofloxacin.....	118
ciprofloxacin hcl.....	96, 118
ciprofloxacin in 5 % dextrose	118
ciprofloxacin-dexamethasone.	96
citalopram.....	134
cladribine	5
clarithromycin.....	116
clemastine	139
CLENPIQ	76
CLICKFINE PEN NEEDLE	152
clindamycin hcl.....	112
clindamycin in 5 % dextrose	112
clindamycin pediatric	112
clindamycin phosphate .	71, 111,
112	
clindamycin-benzoyl peroxide	71
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	39
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	39
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	39
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)...	40
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	40
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)... CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)... CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE.....	40
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	40
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE.....	40
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE.....	40
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	40
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	40
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	40
clobazam.....	129
clobetasol	67
clobetasol-emollient.....	67
clofarabine.....	5
clomipramine	134
clonazepam	21
clonidine.....	41
clonidine hcl.....	41, 57
clopidogrel	187
clorazepate dipotassium	21
clotrimazole.....	137
clotrimazole-betamethasone	137
clovique.....	110
clozapine	35
c-nate dha	192
COARTEM	31
codeine sulfate	107
codeine-butalbital-asa-caff...	107
colchicine	28
colesevelam.....	48
colestipol	48
colistin (colistimethate na)...	112
COMBIGAN.....	95
COMBIVENT RESPIMAT	64
COMETRIQ.....	5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	152, 153
COMFORT EZ PEN NEEDLES	152, 153
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	153, 154
COMPLERA.....	141
completenate	192
compro	30
constulose.....	74
COPAXONE.....	57
COPIKTRA.....	5
CORLANOR.....	45
CORTROPHIN GEL	82
COSENTYX	85
COSENTYX (2 SYRINGES)	85
COSENTYX PEN (2 PENS) .	85
COTELLIC	5
CREON	190

CRIXIVAN	141
cromolyn.....	61, 74, 100
cryselle (28).....	121
CURAD GAUZE PAD	154
CURITY ALCOHOL SWABS	70
CURITY GAUZE	154
cyclafem 1/35 (28)	121
cyclafem 7/7/7 (28)	121
cyclobenzaprine.....	191
cyclopentolate.....	100
cyclophosphamide.....	5
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	5
cyclosporine	85, 98
cyclosporine modified	85
cyproheptadine	139
CYRAMZA	5
cyred eq	121
CYSTADROPS	100
CYSTARAN	100
D	
d5 % and 0.9 % sodium chloride	183
d5 %-0.45 % sodium chloride	183
dalfampridine	57
DALIRESP	61
danazol	78
dantrolene	191
DANYELZA	6
dapsone.....	139
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	91
daptomycin	112
DARZALEX	6
DARZALEX FASPRO	6
dasetta 1/35 (28).....	121
dasetta 7/7/7 (28).....	121
DAURISMO.....	6
daysee	121
deblitane	121
decitabine	6
deferasirox	110
deferiprone.....	110
deferoxamine	111
DELSTRIGO	141
demeclacycline	118
DENA VIR	70
DENGVAXIA (PF)	91
denta 5000 plus.....	66
dentagel.....	66
DERMACEA	154
DERMACEA NON-WOVEN	154
DESCOVY	141
desipramine.....	134
desmopressin	82
desog-e.estriadiol/e.estriadiol	121
desogestrel-ethinyl estradiol	121
desonide	67
desoximetasone.....	67
desvenlafaxine succinate	134
dexamethasone.....	80
dexamethasone sodium phos (pf)	80
dexamethasone sodium phosphate	80, 98
dexamethylphenidate.....	57
dexrazoxane hcl	101
dextroamphetamine sulfate....	57
dextroamphetamine-amphetamine.....	57, 58
dextrose 10 % in water (d10w)	40
dextrose 5 % in water (d5w)	40
DIACOMIT	129
diazepam.....	21, 22, 129
diazepam intensol	21
diazoxide.....	101
diclofenac epolamine	104
diclofenac potassium	104
diclofenac sodium.....	98, 104
diclofenac-misoprostol	104
dicloxacillin	117
dicyclomine.....	74
didanosine	141
DIFICID	116
diflorasone.....	67
diflunisal	104
dilfluprednate	98
digitek	45
digox	45
digoxin	45
dihydroergotamine	28
DILANTIN	129
diltiazem hcl.....	44
dilt-xr.....	44
dimenhydrinate	30
dimethyl fumarate	58
DIPENTUM.....	53
diphenhydramine hcl.....	139
diphenoxylate-atropine	74
dipyridamole	187
disopyramide phosphate.....	42
disulfiram	20
divalproex	129
docetaxel	6
dofetilide	42
donepezil	22
DOPTELET (10 TAB PACK)	187
DOPTELET (15 TAB PACK)	187
DOPTELET (30 TAB PACK)	187
dorzolamide.....	95
dorzolamide-timolol.....	95
dothelle dha	192
dotti	79
DOVATO.....	141
doxazosin	41
doxepin.....	134
doxercalciferol	54
doxorubicin	6
doxorubicin, peg-liposomal	6
doxy-100	119

doxycycline hyclate.....	119
doxycycline monohydrate	119
DRIZALMA SPRINKLE.....	134
dronabinol.....	30
droperidol	30
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..	154, 155
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	154, 155, 156
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	156
DROPLET PEN NEEDLE... <td>156</td>	156
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	70
DROPSAFE PEN NEEDLE	156
drospirenone-ethinyl estradiol	121
DROXIA	185
droxidopa.....	41
DUAVEE	79
duloxetine	134
DUPIXENT PEN	85
DUPIXENT SYRINGE.....	85
dutasteride	77
dutasteride-tamsulosin.....	77
E	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	70
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	156, 157
EASY COMFORT PEN NEEDLES	157
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	157, 158
EASY GLIDE PEN NEEDLE	158
EASY TOUCH.....	159
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	70
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	159
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	158
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	158
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	158, 159, 160
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	159
EASY TOUCH PEN NEEDLE	159
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	159, 160
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	158, 159
EASY TOUCH UNI-SLIP ..	160
econazole	137
EDARBI	46
EDARBYCLOR	46
EDURANT	141
efavirenz	141
efavirenz-emtricitabin-tenofov	141
efavirenz-lamivu-tenofov disop	141
EGRIFTA SV	82
ELAPRASE	190
ELIGARD.....	6
ELIGARD (3 MONTH)	6
ELIGARD (4 MONTH)	6
ELIGARD (6 MONTH)	6
elinest.....	121
ELIQUIS	186
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	186
ELITEK	190
elixophyllin.....	64
ELLA	122
ELMIRON	101
eluryng	122
EMCYT	6
EMEND	30
EMFLAZA.....	80, 81
EMGALITY PEN	28
EMGALITY SYRINGE	28
emoquette	122
EMPLICITI.....	6
EMSAM	134
emtricitabine	141
emtricitabine-tenofovir (tdf)	141
EMTRIVA	141
enalapril maleate	52
enalaprilat.....	52
enalapril-hydrochlorothiazide	52
ENBREL	85, 86
ENBREL MINI.....	85
ENBREL SURECLICK.....	86
ENDARI	101
endocet	107
ENGERIX-B (PF)	91
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	91
ENHERTU	6
enoxaparin	186
enpresse	122
enskyce	122
ENSPRYNG	58
entacapone.....	33
ENTADFI	77
entecavir	146
ENTRESTO	46
enulose	74
EPCLUSIA.....	144
EPIDIOLEX.....	129
epinastine	100
epinephrine	45
epitol	129
EPIVIR HBV	141
eplerenone	53
epoprostenol (glycine)	103
EPRONTIA.....	129
eprosartan	46
ERBITUX	7
ergoloid	23

ERIVEDGE	7
ERLEADA	7
erlotinib	7
errin	122
ertapenem	113
ery pads	71
erythromycin	96, 116
erythromycin ethylsuccinate	116
erythromycin with ethanol	71
erythromycin-benzoyl peroxide	71
ESBRIET	61
escitalopram oxalate	134
esomeprazole magnesium	73
esomeprazole sodium	73
estarrylla	122
estazolam	22
estradiol	79
estradiol valerate	79
estradiol-norethindrone acet ..	79
eszopiclone	56
ethambutol	139
ethosuximide	130
ethynodiol diac-eth estradiol	122
etodolac	104
etonogestrel-ethinyl estradiol	122
ETOPOPHOS	7
etoposide	7
etravirine	141
EUCRISA	67
EVENITY	55
everolimus (antineoplastic)	7
everolimus (immunosuppressive)	86
EVOTAZ	141
EVRYSDI	101
EXEL INSULIN	160
exemestane	7
EXKIVITY	7
EXONDYS-51	101
extra-virt plus dha	192
EYSUVIS	98
EZALLOR SPRINKLE	48
ezetimibe	48
ezetimibe-simvastatin	48
F	
FABRAZYME	190
falmina (28)	122
famciclovir	146
famotidine	73
famotidine (pf)	73
famotidine (pf)-nacl (iso-os) ..	73
FANAPT	35
FARXIGA	23
FARYDAK	7
FASENRA	61
FASENRA PEN	61
febuxostat	28
felbamate	130
felodipine	47
FEMRING	79
femynor	122
fenofibrate	49
fenofibrate micronized ..	49
fenofibrate nanocrystallized ..	49
fenofibric acid (choline)	49
fenoprofen	104
fentanyl	107
fentanyl citrate	107
FERRIPROX	111
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	111
fesoterodine	77
FETZIMA	134, 135
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	25
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	25
FIASP U-100 INSULIN	25
finasteride	77
FINTEPLA	130
FIRVANQ	112
flavoxate	77
FLEBOGAMMA DIF	86
flecainide	42
FLOVENT DISKUS	63
FLOVENT HFA	63
flouxuridine	7
fluconazole	137
fluconazole in nacl (iso-osm)	137
flucytosine	137
fludrocortisone	81
flumazenil	58
flunisolide	98
fluocinolone	67
fluocinolone acetonide oil	98
fluocinonide	67, 68
fluocinonide-e	68
fluoride (sodium)	66
fluorometholone	98
fluorouracil	7, 70
fluoxetine	135
fluphenazine decanoate	35
fluphenazine hcl	35
flurazepam	22
flurbiprofen	104
flurbiprofen sodium	98
flutamide	7
fluticasone propionate	68, 99
fluvastatin	49
fluvoxamine	135
folivane-ob	192
fomepizole	101
fondaparinux	186
FORTEO	55
fosamprenavir	141
fosaprepitant	30
foscarnet	145
fosinopril	52
fosinopril-hydrochlorothiazide	52
fosphenytoin	130
FOTIVDA	7

FREESTYLE PRECISION	.160,
	161
FULPHILA	187
fulvestrant	7
furosemide	50
FUZEON	141
fyavolv	79
FYCOMPA	130
FYLNETRA	188
G	
gabapentin	130
GALAFOLD	190
galantamine	23
GAMIFANT	86
GAMMAGARD LIQUID	86
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	86
GAMMAPLEX	86
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	86
GAMUNEX-C	86
ganciclovir sodium	146
GARDASIL 9 (PF)	91
gatifloxacin	96
GATTEX 30-VIAL	74
GAUZE PAD	161
gavilyte-c	76
gavilyte-g	76
gavilyte-n	76
GAVRETO	7
GAZYVA	7
gemcitabine	8
gemfibrozil	49
generlac	74
gengraf	86
gentak	96
gentamicin	71, 72, 96, 111
gentamicin sulfate (ped) (pf)	111
gentamicin sulfate (pf)	111
GENVOYA	141
GILENYA	58
GIOTRIF	8

GIVLAARI	185
glatiramer	58
glatopa	58
glimepiride	27
glipizide	27
glipizide-metformin	27
glyburide	27
glyburide micronized	27
glyburide-metformin	27
glycopyrrolate	74
glydo	109
GLYXAMBI	23
granisetron (pf)	30
granisetron hcl	30
GRANIX	188
griseofulvin microsize	137
griseofulvin ultramicrosize ..	138
guanfacine	41, 58
GVOKE	101
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	101
GVOKE PFS 1-PACK	101
SYRINGE	101
H	
HAEGARDA	188
hailey	122
hailey 24 fe	122
hailey fe 1.5/30 (28)	122
hailey fe 1/20 (28)	122
halobetasol propionate	68
haloperidol	36
haloperidol decanoate ..	35, 36
haloperidol lactate	36
HARVONI	144, 145
HAVRIX (PF)	91
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	161
HEALTHWISE PEN NEEDLE	161
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	162
heather	122
HEMADY	81
hemenatal ob + dha	192
heparin (porcine)	186
heparin, porcine (pf)	186
HEPATAMINE 8%	40
HERCEPTIN	8
HERCEPTIN HYLECTA	8
HERZUMA	8
HETLIOZ	56
HETLIOZ LQ	56
HIBERIX (PF)	91
HUMIRA	87
HUMIRA PEN	87
HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START	86
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS	86
HUMIRA(CF)	87
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	87
HUMIRA(CF) PEN	87
HUMIRA(CF) PEN CROHNS- UC-HS	87
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	87
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS	87
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	26
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	26
hydralazine	45
hydrochlorothiazide	51
hydrocodone-acetaminophen	107
hydrocodone-ibuprofen	107
hydrocortisone.....	53, 68, 81
hydrocortisone butyrate	68
hydrocortisone valerate	68
hydrocortisone-acetic acid	96
hydromorphone	107
hydromorphone (pf)	107
hydroxychloroquine	31

hydroxyprogesterone cap(ppres)	84	
hydroxyurea	8	
hydroxyzine hcl	139	
hydroxyzine pamoate	101	
HYQVIA	87	
I		
ibandronate	55	
IBRANCE	8	
ibu	104	
ibuprofen	105	
ibuprofen-famotidine	105	
icatibant	45	
iclevia	122	
ICLUSIG	8	
IDHIFA	8	
ifosfamide	8	
ILARIS (PF)	87	
ILEVRO	99	
ILUMYA	87	
imatinib	8	
IMBRUVICA	8, 9	
IMFINZI	9	
imipenem-cilastatin	113	
imipramine hcl	135	
imipramine pamoate	135	
imiquimod	70	
IMLYGIC	9	
IMOVAZ RABIES VACCINE (PF)	91	
IMPAVIDO	31	
INBRIJA	33	
incassia	122	
INCONTROL ALCOHOL PADS	70	
INCONTROL PEN NEEDLE	162	
INCRELEX	82	
indapamide	51	
indomethacin	105	
INFANRIX (DTAP) (PF)	91	
INFLECTRA	87	
infliximab	87	
INFUGEM	9	
INLYTA	9	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	162	
INPEN (NOVOLOG OR) FIASP) BLUE	162	
INQOVI	9	
INREBIC	9	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	162	
INSULIN SYRINGE	149	
INSULIN SYRINGE MICROFINE	149	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	149	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	149, 151, 160, 162, 163, 170, 174	
INSUPEN	163, 164	
INTELENCE	142	
INTRALIPID	40	
INTRON A	146	
introvale	122	
INVEGA HAFYERA	36	
INVEGA SUSTENNA	36	
INVEGA TRINZA	36, 37	
INVELTYS	99	
INVIRASE	142	
IPOL	91	
ipratropium bromide	65, 100	
ipratropium-albuterol	65	
irbesartan	46	
irbesartan-hydrochlorothiazide	46	
IRESSA	9	
irinotecan	9	
ISENTRESS	142	
ISENTRESS HD	142	
isibloom	123	
ISOLYTE S PH 7.4	183	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	183	
ISOLYTE-S	183	
isoniazid	139	
isosorbide dinitrate	53	
isosorbide mononitrate	53	
isosorbide-hydralazine	53	
isradipine	47	
itraconazole	138	
IV PREP WIPES	70	
ivermectin	32	
IXEMPRA	9	
IXIARO (PF)	91	
J		
jaimiess	123	
JAKAFI	9	
jantoven	187	
JARDIANC	23	
jasmiel (28)	123	
javygtor	190	
JEMPERLI	9	
jencycla	123	
JENTADUETO	23	
JENTADUETO XR	23, 24	
jinteli	79	
juleber	123	
JULUCA	142	
junel 1.5/30 (21)	123	
junel 1/20 (21)	123	
junel fe 1.5/30 (28)	123	
junel fe 1/20 (28)	123	
junel fe 24	123	
JUXTAPID	49	
JYNARQUE	51	
K		
kalliga	123	
KALYDECO	61	
KANJINTI	10	
KANUMA	190	
kariva (28)	123	
KATERZIA	48	
kelnor 1/35 (28)	123	

kelnor 1-50 (28).....	123
KERENDIA	53
KESIMPTA PEN	58
ketoconazole.....	138
ketoprofen.....	105
ketorolac	99, 105
KEVEYIS	101
KEVZARA	87, 88
KEYTRUDA	10
KIMMTRAK	10
KINERET	88
KINRIX (PF).....	92
kionex (with sorbitol).....	74
KISQALI	10
KISQALI FEMARA CO-PACK	10
KLISYRI	70
klor-con m10	183
klor-con m15	183
klor-con m20	184
KLOXXADO	20
KORLYM	24
KOSELUGO	10
kosher prenatal plus iron	192
KRINTAFEL	32
KRYSTEXXA	190
kurvelo (28)	123
KYNMOBI	33
KYPROLIS	10
L	
l norgest/e.estradiol-e.estrad.	123
labetalol	43
lacosamide	130
lactulose.....	74
lagevrio (eua).....	146
lamivudine	142
lamivudine-zidovudine.....	142
lamotrigine	130, 131
lanreotide	82
lansoprazole	73
lanthanum	76
LANTUS SOLOSTAR U-100	
INSULIN	26
LANTUS U-100 INSULIN ...	26
lapatinib	10
larin 1.5/30 (21)	123
larin 1/20 (21)	123
larin 24 fe.....	124
larin fe 1.5/30 (28)	124
larin fe 1/20 (28)	124
larissa	124
latanoprost	95
LATUDA	37
LAZANDA	107
leflunomide	88
lenalidomide	10
LENVIMA	10
lessina	124
letrozole	10
leucovorin calcium	101
LEUKERAN	10
LEUKINE	188
leuprolide	11
levetiracetam	131
levobunolol	95
levocarnitine	101
levocarnitine (with sugar)....	101
levocetirizine	139
levofloxacin	96, 100, 118
levofloxacin in d5w	118
levoleucovorin calcium.....	102
levonest (28)	124
levonorgestrel-ethinyl estrad	124
levonorg-eth estrad triphasic	124
levora-28	124
levothyroxine	78
LEXIVA	142
LIBTAYO	11
lidocaine	110
lidocaine (pf).....	42, 110
lidocaine hcl.....	110
lidocaine viscous.....	110
lidocaine-prilocaine	110
lillow (28).....	124
linezolid.....	112
linezolid in dextrose 5%	112
linezolid-0.9% sodium chloride	112
LINZESS	74
liothyronine	78
LISCO	164
lisinopril	52
lisinopril-hydrochlorothiazide	52
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	164
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	164, 165
lithium carbonate	58, 59
LIVALO	49
lojaimess	124
LOKELMA	74, 75
LONSURF	11
loperamide	75
lopinavir-ritonavir	142
lorazepam	22
lorazepam intensol	22
LORBRENA	11
loryna (28).....	124
losartan	46
losartan-hydrochlorothiazide	.46
LOTEMAX	99
LOTEMAX SM	99
loteprednol etabonate	99
lovastatin	49
low-ogestrel (28)	124
loxapine succinate	37
lo-zumandimine (28).....	124
lubiprostone	75
LUCEMYRA	20
LUMAKRAS	11
LUMIGAN	95
LUMOXITI	11
LUPRON DEPOT	82
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	11, 82

LUPRON DEPOT (4 MONTH)	11	MAVENCLAD (8 TABLET PACK)	59	MESNEX	102
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	11	MAVENCLAD (9 TABLET PACK)	59	metadate er	59
LUPRON DEPOT-PED	82	MAVYRET	145	metaproterenol	65
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	82	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	165	metformin.....	24
lutera (28)	124	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	165	methadone	107, 108
LYBALVI	37	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	165	methadose	108
lyleq	124	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	165	methazolamide	95
lyllana	79	MAYZENT	59	methenamine hippurate.....	113
LYNPARZA.....	11	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT)	59	methimazole	78
LYSODREN.....	11	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT)	59	methocarbamol.....	191
lyza	124	meclizine.....	30	methotrexate sodium.....	12
M		medroxyprogesterone	84	methotrexate sodium (pf).....	12
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	165	mefenamic acid.....	105	methoxsalen	70
MAGELLAN SYRINGE.....	165	mefloquine	32	methscopolamine	75
magnesium sulfate.....	184	megestrol	11, 84	methylldopa.....	41
magnesium sulfate in d5w.....	184	MEKINIST	11	methylphenidate hcl	59, 60
malathion	72	MEKTOVI.....	12	methylprednisolone	81
maprotiline	135	meloxicam	105	methylprednisolone acetate....	81
maraviroc	142	melphalan hcl.....	12	methylprednisolone sodium succ	81
MARGENZA	11	memantine	23	metipranolol	95
marlissa (28).....	125	MENACTRA (PF).....	92	metoclopramide hcl.....	75
marnatal-f	192	MENQUADFI (PF)	92	metolazone	51
MARPLAN	135	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	92	metoprolol succinate	43
MARQIBO	11	MEPSEVII.....	190	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	43
MATULANE	11	mercaptopurine	12	metoprolol tartrate.....	43
matzim la	44	meropenem	113, 114	metronidazole.....	72, 111, 113
MAVENCLAD (10 TABLET PACK)	59	meropenem-0.9% sodium chloride	114	metronidazole in nacl (iso-os)	113
MAVENCLAD (4 TABLET PACK)	59	merzee.....	125	metyrosine	45
MAVENCLAD (5 TABLET PACK)	59	mesalamine	53, 54	mexiletine	42
MAVENCLAD (6 TABLET PACK)	59	mesna	102	miconazole-3	138
MAVENCLAD (7 TABLET PACK)	59			MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	165, 166

MINI ULTRA-THIN II.....	166
minitran	53
minocycline	119
minoxidil	53
mirtazapine	135
misoprostol	73
MITIGARE	28
mitoxantrone.....	12
M-M-R II (PF).....	92
m-natal plus	192
modafinil	56
moexipril	52
molindone.....	37
mometasone.....	68, 99
monodoxyne nl.....	119
MONJUVI.....	12
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	167
MONOJECT INSULIN SYRING.....	166, 167
MONOJECT SYRINGE	166
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	179
mono-linyah	125
montelukast	64
morphine.....	108
MORPHINE.....	108
morphine concentrate	108
MOVANTIK	75
moxifloxacin.....	96, 118
MOZOBIL.....	188
MULPLETA.....	188
MULTAQ.....	42
mupirocin	72
MVASI.....	12
MYCAPSSA	82
mycophenolate mofetil.....	88
mycophenolate mofetil (hcl) ..	88
MYLOTARG	12
mynatal	192
mynatal advance.....	192
mynatal plus	192
mynatal-z	192
mynate 90 plus.....	192
MYRBETRIQ.....	77
N	
nabumetone.....	105
nadolol	43
nafcillin	117
nafcillin in dextrose iso-osm	117
NAGLAZYME	190
naloxone.....	20
naltrexone	20
NAMZARIC	23
naproxen	105
naproxen-esomeprazole	106
naratriptan.....	28
NARCAN	20
NATACYN.....	96
nateglinide	24
NATPARA	55
NAYZILAM	131
nebivolol	43
necon 0.5/35 (28).....	125
nefazodone	135
neomycin	111
neomycin-bacitracin-poly-hc.	97
neomycin-bacitracin-polymyxin	
.....	97
neomycin-polymyxin b gu....	72
neomycin-polymyxin b-	
dexameth.....	97
neomycin-polymyxin-	
gramicidin.....	97
neomycin-polymyxin-hc.....	97
neo-polycin	97
neo-polycin hc	97
NEPHRAMINE 5.4 %.....	41
NERLYNX	12
NEULASTA	188
NEULASTA ONPRO.....	188
NEUPRO	33
nevirapine	142
newgen.....	192
NEXLETOL.....	49
NEXLIZET	49
niacin	49
niacor	49
nicardipine	48
NICOTROL	20
nifedipine	48
nikki (28).....	125
nilutamide	12
NINLARO.....	12
nitazoxanide	32
nitisinone	190
nitrofurantoin macrocrystal..	113
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	
.....	113
nitroglycerin	53
NITYR	190
niva-plus.....	192
NIVESTYM	188
nizatidine	73
NORDITROPIN FLEXPRO..	82
norethindrone (contraceptive)	
.....	125
norethindrone acetate	84
norethindrone ac-eth estradiol	
.....	80, 125
norethindrone-e.estradiol-iron	
.....	125
norgestimate-ethinyl estradiol	
.....	125
norlyda	125
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE.....	184
nortrel 0.5/35 (28)	125
nortrel 1/35 (21)	126
nortrel 1/35 (28)	126
nortrel 7/7/7 (28)	126
nortriptyline	135
NORVIR	142
NOVOFINE 30	167
NOVOFINE 32	167
NOVOFINE PLUS	167

NOVOLIN 70/30 U-100	
INSULIN	26
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	26
NOVOLIN N FLEXPEN	26
NOVOLIN N NPH U-100	
INSULIN	26
NOVOLIN R FLEXPEN	26
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN	26
NOVOLOG FLEXPEN U-100	
INSULIN	26
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
INSULIN	26
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	26
NOVOLOG PENFILL U-100	
INSULIN	27
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	27
NOVOTWIST	167
NOXAFIL	138
NPLATE	188
NUBEQA	12
NUCALA	61, 62
NULOJIX	88
NUPLAZID	37
NURTEC ODT	28
NUTRILIPID	41
nyamyc	138
nylia 1/35 (28)	126
nylia 7/7/7 (28)	126
nymyo	126
nystatin	138
nystatin-triamcinolone	138
nystop	138
NYVEPRIA	188
O	
obstetrix dha	192
o-cal prenatal	193
OCALIVA	75
OCREVUS	60
OCTAGAM	88
octreotide acetate	83
ODEFSEY	143
ODOMZO	12
OFEV	62
ofloxacin	97
OGIVRI	12
olanzapine	37
olmesartan	46
olmesartanamlodipin-hctiazid	47
olmesartan-hydrochlorothiazide	47
olopatadine	100
OLUMIANT	88
omega-3 acid ethyl esters	49
omeprazole	73
omeprazole-sodium bicarbonate	74
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	167
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	167
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	167
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	167
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	167
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	167
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	168
ONCASPAR	12
ondansetron	31
ondansetron hcl	30
ondansetron hcl (pf)	30
ONGENTYS	33
ONIVYDE	12
ONTRUZANT	12
ONUREG	13
OPDIVO	13
OPDUALAG	13
OPSUMIT	103
oralone	66
ORENCIA	88
ORENCIA (WITH MALTOSE)	88
ORENCIA CLICKJECT	88
ORFADIN	190
ORGOVYX	83
ORILISSA	83
ORKAMBI	62
ORLADEYO	188
orsythia	126
oseltamivir	145
OSMOLEX ER	33
OTEZLA	88
OTEZLA STARTER	88
oxaliplatin	13
oxandrolone	78
oxazepam	22
oxcarbazepine	131
OXLUMO	102
OXTELLAR XR	131
oxybutynin chloride	77
oxycodone	108
oxycodone-acetaminophen	108, 109
oxycodone-aspirin	109
OXYCONTIN	109
oxymorphone	109
OZEMPIC	24
P	
pacerone	42
paclitaxel	13
paclitaxel protein-bound	13
PADCEV	13
paliperidone	37
PALYNZIQ	190
pamidronate	55
PANRETIN	70
pantoprazole	74
paricalcitol	55

paroex oral rinse	66
paromomycin.....	32
paroxetine hcl	135
PAXLOVID (EUA).....	145
PEDIARIX (PF)	92
PEDVAX HIB (PF).....	92
peg 3350-electrolytes	76
PEGASYS	146
peg-electrolyte soln	76
PEGINTRON	146
PEMAZYRE	13
pemetrexed	13
pemetrexed disodium	13
PEN NEEDLE.....	160, 168, 170
PEN NEEDLE, DIABETIC	153, 166, 168, 170
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	170
penicillamine	111
penicillin g potassium.....	117
penicillin g procaine	117
penicillin v potassium.....	117
PENTACEL (PF)	92
pentamidine	32
PENTIPS	168
pentoxifylline	187
PEPAXTO	13
perindopril erbumine	52
periogard.....	66
PERJETA	13
permethrin	72
perphenazine.....	37
perphenazine-amitriptyline... <td>135</td>	135
PERSERIS.....	37
pfizerpen-g	117
phenelzine.....	135
phenobarbital	131
phenylephrine hcl	41
phenytoin.....	131
phenytoin sodium	131, 132
phenytoin sodium extended..	131
PHESGO	13
philith.....	126
PHOSLYRA	76
PIFELTRO.....	143
pilocarpine hcl	66, 95
pimecrolimus	68
pimozone	37
pimtrea (28)	126
pindolol.....	43
pioglitazone	24
PIP PEN NEEDLE	168
piperacillin-tazobactam	118
PIQRAY	13, 14
pirfenidone.....	62
pirmella.....	126
piroxicam.....	106
PLASMA-LYTE 148	184
PLASMA-LYTE A.....	184
PLEGRIDY	60
pnv 29-1	193
pnv-dha + docusate	193
pnv-ferrous fumarate-docu-fa	193
pnv-omega	193
pnv-vp-u.....	193
podofilox.....	70
POLIVY.....	14
polycin	97
polymyxin b sulfate	113
polymyxin b sulf-trimethoprim	97
POMALYST.....	14
portia 28.....	126
PORTRAZZA.....	14
posaconazole.....	138
potassium chloride.....	184, 185
potassium chloride-0.45 % nacl	185
potassium citrate	185
pr natal 400	193
pr natal 400 ec.....	193
pr natal 430	193
pr natal 430 ec.....	193
PRALUENT PEN	49
pramipexole.....	34
prasugrel.....	187
pravastatin	49
prazosin	41
prednicarbate.....	68
prednisolone	81
prednisolone acetate.....	99
prednisolone sodium phosphate	81, 99
prednisone	81
pregabalin.....	132
PREHEVBRIO (PF)	92
PREMARIN.....	80
PREMPHASE	80
PREMPRO	80
prena1 true	193
prenaissance	193
prenaissance plus	193
prenatabs fa	193
prenatal 19.....	193
prenatal 19 (with docusate)..	193
prenatal low iron	193
prenatal plus	193
prenatal plus (calcium carb). <td>193</td>	193
prenatal vitamin plus low iron	193
prenatal-u	193
preplus.....	193
pretab.....	194
PRETOMANID	139
prevalite.....	50
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	168, 169
previfem	126
PREVYMIS	145
PREZCOBIX	143
PREZISTA	143
PRIFTIN	139
PRIMAQUINE	32
primidone	132
PRIORIX (PF)	92

PRIVIGEN	88
PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....	70
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	169
PRO COMFORT PEN NEEDLE	169
PROAIR RESPICLICK	65
probenecid	28
probenecid-colchicine	28
procainamide	42
PROCALAMINE 3%	41
prochlorperazine.....	31
prochlorperazine edisylate....	31
prochlorperazine maleate	31
procto-med hc.....	68
procto-pak.....	69
proctosol hc	69
proctozone-hc	69
PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	169
progesterone	84
progesterone micronized	84
PROGRAF	88
PROLASTIN-C.....	62
PROLENSA	99
PROLEUKIN	14
PROLIA	55
PROMACTA.....	188, 189
promethazine	31, 139
promethegan	31
propafenone	42
propantheline	75
proparacaine	100
propranolol	43
propranolol-hydrochlorothiazid	44
propylthiouracil	78
PROQUAD (PF)	92
PROSOL 20 %	41
protamine.....	185
protriptyline.....	135
PULMOZYME	190
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	70
PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	169
purefe ob plus	194
purefe plus	194
PURIXAN	14
pyrazinamide	139
pyridostigmine bromide.....	102
pyrimethamine	32
Q	
QBRELIS.....	52
QINLOCK	14
QUADRACEL (PF)	93
quetiapine.....	37, 38
quinapril.....	52
quinapril-hydrochlorothiazide	52
quinidine gluconate.....	42
quinidine sulfate	42
quinine sulfate.....	32
QULIPTA	29
R	
RABAVERT (PF)	93
rabeprazole.....	74
RADICAVA	60
raloxifene	80
ramipril	52
ranolazine.....	46
rasagiline.....	34
RASUVO (PF).....	89
RAVICTI	75
RAYALDEE.....	55
reclipsen (28)	126
RECOMBIVAX HB (PF).....	93
RECTIV	102
REGRANEX	70
RELENZA DISKHALER ..	145
RELEUKO.....	189
RELION NEEDLES	169
RELION PEN NEEDLES ..	170
RELISTOR	75
REMICADE.....	89
RENFLEXIS	89
repaglinide.....	24
repaglinide-metformin	24
REPATHA PUSHTRONEX..	50
REPATHA SURECLICK.....	50
REPATHA SYRINGE.....	50
RESTASIS	99
RESTASIS MULTIDOSE	99
RETACRIT	189
RETEVMO	14
RETROVIR.....	143
REVCovi.....	191
REVLIMID	14
revonto	191
REXULTI	38
REYATAZ	143
REZUROCK	89
RHOPRESSA	95
RIABNI	14
ribavirin.....	146
RIDAURA	89
rifabutin.....	139
rifampin.....	140
rilpivirine.....	143
riluzole	60
rimantadine	145
RINVOQ	89
risedronate	55
RISPERDAL CONSTA.....	38
risperidone.....	38
ritonavir.....	143
RITUXAN	14
RITUXAN HYCELA	14
rivastigmine.....	23
rivastigmine tartrate	23
rizatriptan	29
r-natal ob	194
ROCKLATAN	95
roflumilast	62
ropinirole	34
rosadan	72

rosuvastatin.....	50
ROTARIX	93
ROTAQE VACCINE	93
ROZLYTREK	14
RUBRACA.....	14
rufinamide	132
RUKOBIA.....	143
RUXIENCE.....	14
RYBELSUS	24
RYBREVANT	14
RYDAPT	15
S	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE.....	170
SAFETY PEN NEEDLE.....	170
sajazir	46
SANDOSTATIN LAR DEPOT	83
SANTYL	71
sapropterin.....	191
SARCLISA.....	15
SAVELLA.....	60
SCEMBLIX.....	15
scopolamine base.....	31
SECUADO	38
SECURESAFE PEN NEEDLE	170
select-ob	194
select-ob (folic acid).....	194
selegiline hcl.....	34
selenium sulfide.....	72
SELZENTRY	143
se-natal 19 chewable	194
SEREVENT DISKUS	65
SEROSTIM	83
sertraline	135, 136
setlakin	126
sevelamer carbonate	76
sevelamer hcl.....	76
sf 5000 plus	66
sharobel	126
SHINGRIX (PF).....	93
SIGNIFOR.....	83
SIKLOS	185
sildenafil	103
sildenafil (pulm.hypertension)	103
silver sulfadiazine	72
SIMBRINZA	95
simliya (28).....	126
simpesse.....	126
simvastatin.....	50
sirolimus	89
SIRTURO	140
SKY SAFETY PEN NEEDLE	171
SKYRIZI	89
SLYND.....	126
sodium chloride 0.45 %	185
sodium chloride 0.9 %	185
sodium fluoride-pot nitrate	66
sodium phenylbutyrate	75
sodium polystyrene (sorb free)	75
sodium polystyrene sulfonate	75
sodium,potassium,mag sulfates	76
SOLIQUA 100/33	27
SOLTAMOX	15
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	81
SOMATULINE DEPOT	83
SOMAVERT	83
sorafenib	15
sorine	44
sotalol.....	44
sotalol af	44
SPIRIVA RESPIMAT	65
SPIRIVA WITH HANDIHALER	65
spironolactone.....	51
spironolacton-hydrochlorothiaz	51
SPRAVATO	136
sprintec (28)	126
SPRITAM	132
SPRYCEL	15
sps (with sorbitol)	75
sronyx.....	127
ssd	72
stavudine	143
STELARA.....	89
STERILE PADS	171
STIOLTO RESPIMAT	65
STIVARGA	15
STRENSIQ	191
streptomycin.....	111
STRIBILD.....	143
STRIVERDI RESPIMAT	65
SUBLOCADE.....	21
subvenite	132
sucralfate	74
sulfacetamide sodium.....	97
sulfacetamide sodium (acne)..	72
sulfacetamide-prednisolone ..	98
sulfadiazine	118
sulfamethoxazole-trimethoprim	118
sulfasalazine	54
sulindac	106
sumatriptan.....	29
sumatriptan succinate	29
sunitinib.....	15
SUNOSI	56
SUPPRELIN LA	83
SUPREP BOWEL PREP KIT	76
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	71
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	171
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	171
SURE COMFORT PEN NEEDLE	171, 172
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	171

SURE-FINE PEN NEEDLES	172
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	172
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	71
SUTAB.....	76
syeda.....	127
SYLVANT	15
SYMBICORT.....	63
SYMDEKO	62
SYMJEPI.....	46
SYMLINPEN 120	24
SYMLINPEN 60	24
SYMPAZAN	132
SYMTUZA.....	143
SYNAGIS.....	145
SYNAREL	83
SYNDROS	31
SYNERCID	113
SYNJARDY	25
SYNJARDY XR	25
SYNRIBO	15
T	
TABLOID	15
TABRECTA.....	15
tacrolimus	69, 89
tadalafil.....	103
tadalafil (pulm. hypertension)	103
TAFINLAR	15
TAGRISSO	15
TAKHYRO	102
TALTZ AUTOINJECTOR	90
TALTZ SYRINGE	90
TALZENNA.....	15
tamoxifen.....	15
tamsulosin.....	77
tarina 24 fe.....	127
tarina fe 1-20 eq (28).....	127
taron-c dha.....	194
taron-prex prenatal-dha	194
TASCENO ODT	60
TASIGNA.....	15
TAVALISSE	185
tazarotene.....	72
TAZORAC	72
taztia xt	44
TAZVERIK	16
TDVAX	93
TECENTRIQ	16
TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	173
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)..	172, 173
TECHLITE PEN NEEDLE	173
TEFLARO	115
telmisartan	47
telmisartan-amlodipine	47
telmisartan-hydrochlorothiazid	47
temazepam	22
TEMIXYS	143
TEMODAR	16
temsitrolimus	16
tencon.....	109
TENIVAC (PF).....	93
tenofovir disoproxil fumarate	143
TEPEZZA	100
TEPMETKO	16
terazosin.....	77
terbinafine hcl	138
terbutaline	65
terconazole	111
TERUMO INSULIN SYRINGE	174
testosterone	78
testosterone cypionate.....	78
testosterone enanthate.....	78
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF).....	93
tetrabenazine	61
tetracycline.....	119
THALOMID	102
theophylline.....	65
THINPRO INSULIN SYRINGE	174
THIOLA EC.....	77
thioridazine	38
thiotepa.....	16
thiothixene.....	38
tiadylt er	44
tiagabine	132
TIBSOVO	16
TICE BCG	16
TICOVAC.....	93, 94
tigecycline	119
timolol maleate.....	44, 95
tinidazole	32
tiopronin	77
TIVDAK	16
TIVICAY	143, 144
TIVICAY PD	144
tizanidine	191, 192
TOBI PODHALER	112
tobramycin	98, 112
tobramycin in 0.225 % nacl	112
tobramycin sulfate	112
tobramycin-dexamethasone ...	98
tolmetin	106
tolterodine	77
TOPCARE CLICKFINE	174
TOPCARE ULTRA COMFORT	175
topiramate	132
toposar.....	16
topotecan	16
toremifene	16
torsemide	51
TOTECT	102
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	27
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN.....	27
TRACLEER	103

TRADJENTA.....	25
tramadol.....	109
tramadol-acetaminophen	109
trandolapril	52
tranexamic acid	186
tranylcypromine	136
TRAVASOL 10 %	41
travoprost.....	96
TRAZIMERA.....	16
trazodone	136
TREANDA.....	16
TRECATOR.....	140
TRELEGY ELLIPTA	65
TRELSTAR.....	16
TREMFYA.....	90
treprostinil sodium.....	103
tretinoin	72
tretinoin (antineoplastic)	17
tri femynor.....	127
triamcinolone acetonide ..	66, 69, 81
triamterene-hydrochlorothiazid	51
triazolam.....	22
trientine.....	111
tri-estarrylla	127
trifluoperazine	39
trifluridine.....	98
trihexyphenidyl.....	34
TRIJARDY XR.....	25
TRIKAFTA	62
tri-legest fe.....	127
tri-linyah	127
tri-lo-estarrylla	127
tri-lo-marzia.....	127
tri-lo-mili	127
tri-lo-sprintec	127
trilyte with flavor packets.....	77
trimethoprim.....	113
tri-mili.....	127
trimipramine	136
TRINTELLIX.....	136
tri-nymyo	127
tri-previfem (28)	127
TRIPTODUR.....	83
tri-sprintec (28)	127
TRIUMEQ	144
TRIUMEQ PD	144
triveen-duo dha	194
triveen-prx rnf.....	194
trivora (28).....	127
tri-vylibra	127
tri-vylibra lo.....	127
TRIZIVIR	144
TRODELVY.....	17
TROGARZO	144
TROPHAMINE 10 %	41
trospium	77, 78
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	71
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	175
TRUE COMFORT PEN NEEDLE.....	175
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	71
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	175, 176
TRUEPLUS INSULIN	176, 177
TRUEPLUS PEN NEEDLE	176
TRULICITY	25
TRUMENBA	94
TRUSELTIQ	17
TRUXIMA.....	17
TUKYSA	17
tulana	127
TURALIO.....	17
TWINRIX (PF).....	94
tyblume	128
TYBOST.....	102
TYMLOS	55
TYPHIM VI.....	94
TYSABRI	90
TYVASO	103
U	
UBRELVY	29
UCERIS	54
UDENYCA	189
ULTICARE	177, 178
ULTICARE INSULIN SYRINGE	177
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	177
ULTICARE PEN NEEDLE.	177
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	177
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR.....	178
ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE	178
ULTILET ALCOHOL SWAB	71
ULTILET INSULIN SYRINGE	163, 178, 179
ULTILET PEN NEEDLE....	179
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)..	161, 171, 177
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	156, 161, 179
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	179
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	180
ULTRA FLO PEN NEEDLE	179
ULTRA THIN PEN NEEDLE	180
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	180
ULTRACARE PEN NEEDLE	180, 181
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	181
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL.....	181

ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	181
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	181
UNIFINE PEN NEEDLE....	181
UNIFINE PENTIPS	168, 181, 182
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	182
UNIFINE PENTIPS PLUS ..	182
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	182
UNIFINE SAFECONTROL	182
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	182
UNITUXIN	17
UPTRAVI.....	103
ursodiol.....	75, 76
V	
valacyclovir	146
VALCHLOR	71
valganciclovir	147
valproate sodium	132
valproic acid	132
valproic acid (as sodium salt)	132
valrubicin.....	17
valsartan	47
valsartan-hydrochlorothiazide	47
VALTOCO.....	132
vancomycin	113
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	183
VANISHPOINT SYRINGE	182, 183
VAQTA (PF).....	94
varenicline	21
VARIVAX (PF)	94
VASCEPA.....	50
VECTIBIX	17
VEKLURY	147
VELCADE	17
velivet triphasic regimen (28)	128
VELPHORO	76
VEMLIDY	144
vena-bal dha.....	194
VENCLEXTA	17
VENCLEXTA STARTING PACK.....	17
venlafaxine.....	136
venlafaxine besylate	136
verapamil	45
VEREGEN.....	71
VERIFINE PEN NEEDLE..	183
VERSACLOZ.....	39
VERSALON	183
VERZENIO	17
vestura (28).....	128
V-GO 20	183
V-GO 30	183
V-GO 40	183
vicodin hp	109
VICTOZA.....	25
vienna.....	128
vigabatrin	132, 133
vigadronе	133
VIIBRYD.....	136
vilazodone.....	136
VIMIZIM.....	191
VIMPAT	133
vinate care.....	194
vinate gt	194
vinate ii	194
vinate ultra	194
vinblastine.....	17
vincasar pfs	18
vincristine	18
vinorelbine	18
viorele (28)	128
VIRACEPT.....	144
VIREAD	144
virt-c dha.....	194
virt-nate dha.....	194
virt-pn.....	194
virt-pn dha.....	194
virt-pn plus	194
VISTOGARD	102
vitafol gummies	194
vitafol nano	194
vitafol-ob+dha.....	194
VITRAKVI	18
viva dha.....	195
VIZIMPRO	18
VOCABRIA.....	144
vol-nate	195
volnea (28)	128
VONJO	18
voriconazole	138
VOSEVI.....	145
VOTRIENT	18
vp-ch plus.....	195
vp-ch-pnv	195
vp-pnv-dha	195
VPRIV.....	191
VRAYLAR	39
VUMERITY	61
vyfemla (28).....	128
vylibra	128
VYNDAMAX.....	46
VYNDAQEL	46
VYXEOS	18
VYZULTA.....	96
W	
warfarin	187
WEBCOL.....	71
WELIREG	18
wera (28)	128
X	
XADAGO	34
XALKORI.....	18
XARELTO	187
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	187
XATMEP	18
XCOPRI.....	133

XCOPRI MAINTENANCE PACK	133	YF-VAX (PF)	94	ziprasidone hcl	39
XCOPRI TITRATION PACK	133	YONDELIS	19	ziprasidone mesylate	39
XELJANZ	90	YONSA	19	ZIRABEV	19
XELJANZ XR.....	90	yuvafem	80	ZIRGAN	98
XELPROS	96	Z		ZOLADEX.....	19
XERMELO.....	76	zafemy	128	zoledronic acid.....	56
XGEVA.....	56	zafirlukast	64	zoledronic acid-mannitol-water	56
XHANCE	99	zaleplon.....	56	ZOLINZA	19
XIFAXAN.....	113	ZALTRAP	19	zolmitriptan	29
XIGDUO XR.....	25	zarah.....	128	zolpidem.....	56
XXIIDRA.....	99	ZARXIO	189	ZONISADE.....	133
XOFLUZA	145	zatean-pn dha.....	195	zonisamide	133
XOLAIR	62	zatean-pn plus	195	ZORBTIVE.....	84
XOSPATA	18	zebutal.....	109	zovia 1-35 (28).....	128
XPOVIO	18, 19	ZEGALOGUE		ZTALMY	133
XTAMPZA ER	109	AUTOINJECTOR	102	ZTLIDO	110
XTANDI.....	19	ZEGALOGUE SYRINGE...	102	ZULRESSO	136
xulane	128	ZEJULA.....	19	zumandimine (28)	128
XULTOPHY 100/3.6	27	ZELBORAF.....	19	ZYDELIG	19
XURIDEN	102	zenatane	71	ZYKADIA	19
XYOSTED	79	ZENPEP.....	191	ZYLET	98
XYREM	56	ZEPZELCA	19	ZYNLONTA.....	20
Y		zidovudine	144	ZYPREXA RELPREVV	39
YERVOY	19	ZIEXTENZO	189		
		zingiber	195		
		ZIOPTAN (PF)	96		

Este formulario fue actualizado el 22/11/2022. Si desea información más reciente otiene otras dudas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Essence Healthcare al 1-855-996-8422 o, para los usuarios de TTY, 711, de 8 a.m. a 8 p.m.. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

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

Los usuarios de TTY deben marcar: 711

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



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