

brand new day

A Bright HealthCare Company

.....

2022 FORMULARIO

(Lista de medicamentos cubiertos)

brand new day

A Bright HealthCare Company

.....

2022 FORMULARIO

(Lista de medicamentos cubiertos)

**POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE
CERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

ID 22098 del Archivo del Formulario aprobado por HPMS, Número de versión 13

Este formulario resumido se actualizó el 1 septiembre 2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios para los miembros de Brand New Day, al 1-866-255-4795, TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.bndhmo.com.

Nota para los miembros actuales: Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Brand New Day. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Brand New Day

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 1 septiembre del 2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior. Por lo General debe acudir a las farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de Enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Que es el Formulario de Brand New Day?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Brand New Day con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Brand New Day cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea medicamento necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Brand New Day y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Brand New Day puede agregar o quitar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a distintos niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al tomar estas decisiones.

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos que figuran debajo, usted se vera afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genericos.** Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento generico que apareciera en el mismo nivel de costo compartido o en uno mas bajo y con las mismas restricciones o menos. Ademas, cuando agregamos el nuevo medicamento generico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo trasladamos a un nivel de costo compartido diferente o agregamos nuevas restricciones. Si actualmente esta tomando ese medicamento de marca, podriamos no informarle con anticipation antes de hacer el cambio, pero despues le proporcionaremos informacion acerca del cambio especifico que hicimos.

o Si hacemos tal cambio, usted o su medico que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepcion y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos tambien incluire informacion sobre como solicitar una excepcion, y tambien puede encontrar informacion en la seccion a continuation titulada “¿Como solicito una excepcion al Formulario de Brand New Day?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administration de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Adminstration, FDA por sus siglas en ingles) considera que un medicamento de nuestro formulario no es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que toman actualmente un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento generico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente. O podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o añadimos una autorización previa, límites en cuanto a cantidad y/o restricciones de terapia de pasos a un medicamento o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido superior, debemos notificar a los miembros afectados acerca del cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o al momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

o Si hacemos estos otros cambios, usted o su médico que receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección de abajo titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Brand New Day?”

Cambios que no lo afectaran si toma actualmente el medicamento. Por lo general, si toma un medicamento en nuestro formulario de 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022 a menos como se describe arriba. Esto significa que

estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen por el resto del año de cobertura. No recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, dichos cambios podrían afectarle, y es importante que revise la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está vigente al 1 de septiembre 2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por el formulario de Brand New Day, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios en el formulario de medicamentos que no sean de mantenimiento, a mitad de año y aprobados por los CMS, el formulario se actualizará y se publicará en nuestro sitio web.

¿Como utilizo el Formulario?

Hay dos formas de buscar su medicamento dentro del Formulario:

Afeccion medica

El Formulario comienza en la pagina 1. Los medicamentos de este Formulario estan agrupados en categorias segun el tipo de afecciones medicas que se utilizan para el tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afeccion del corazon aparecen en la categoria, “Cardiovascular”. Si sabe para que se usa su medicamento, busque el nombre de la categoria en la lista que comienza a continuacion. Luego, busque en el nombre de la categoria de su medicamento.

Lista alfabetica

Si no esta seguro de que categoria buscar, debe buscar su medicamento en el indice que comienza en la pagina I-1. El indice proporciona una lista en orden alfabetico de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genericos se incluyen en el indice. Consulte el Índice para buscar su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Que son los medicamentos genericos?

Brand New Day cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA por sus siglas en ingles), ya que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Brand New Day requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Brand New Day antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, Brand New Day podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** en ciertos medicamentos, Brand New Day limita la cantidad del medicamento

que cubre Brand New Day. Por ejemplo, Brand New Day proporciona 30 comprimidos por receta para Lansoprazole. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.

- **Terapia de pasos:** en algunos casos, Brand New Day requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, Brand New Day podría no cubrir el medicamento B a menos que primero intente usar el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Brand New Day cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales revise el formulario que comienza en la página vii. También puede obtener más información acerca de las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos si visita nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestro proceso de autorización previa y las restricciones de terapia de pasos. Usted también puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a Brand New Day que haga una excepción a estas restricciones o límites o una lista de otros medicamentos similares que traten la misma afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Brand New Day?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Que son los medicamentos de venta libre?

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. Brand New Day paga por ciertos medicamentos de venta libre. Brand New Day le proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para Brand New Day de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el monto que usted paga no se tiene en cuenta para el periodo sin cobertura).

¿Qué sucede si mi medicamento no está en el Formulario?

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

Si se entera de que Brand New Day no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Brand New Day. Cuando reciba la lista, muéstrselas a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Brand New Day.
- Puede solicitar a Brand New Day que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Brand New Day?

Puede solicitar a Brand New Day que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este

medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podría pedirnos que suministremos el medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido inferior si este medicamento no está en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto bajaría la cantidad que usted paga por su medicamento.
- Puede solicitarnos que exoneremos las restricciones de cobertura o límites de su medicamento. Por ejemplo, en algunos medicamentos, Brand New Day limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que exoneremos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Brand New Day solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de costo compartido inferior o las restricciones adicionales de uso podrían no ser tan efectivos para tratar su afección o podrían provocarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión inicial de cobertura de una excepción de restricción al formulario o a la utilización. **Cuando solicite una excepción de restricción al formulario o a la utilización, debe presentar una declaración de su médico o profesional que receta que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del médico que receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría dañarse gravemente si espera hasta por 72 horas para una decisión. Si se autoriza su solicitud acelerada, debemos proporcionarle una decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido una declaración de respaldo del médico u otro profesional que receta.

¿Qué debo hacer antes de que pueda hablar con mi médico sobre un cambio en mis medicamentos o de solicitar una excepción?

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

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

Si es un residente de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasó los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días del medicamento, mientras solicita una excepción al formulario.

En miembros que están experimentando un cambio en el nivel de atención (ingresar en un centro o recibir el alta de un centro LTC), las revisiones y los resurtidos tempranos no se usarán para limitar el acceso apropiado y necesario a su beneficio de la Parte D, y dichas personas inscritas estarán autorizadas a acceder a resurtidos luego de la admisión o el alta.

Mas informacion

Para obtener informacion mas detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Brand New Day, consulte la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Brand New Day, comuniquese con nosotros. Nuestra informacion de contacto, junto con la fecha de la ultima actualizacion del Formulario, aparece en las paginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de Brand New Day

El formulario a continuacion proporciona informacion de cobertura sobre los medicamentos que cubre Brand New Day. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el indice, que comienza en la pagina I-1.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos con nombre de marca estan en mayuscula (por ejemplo, Januvia), y los medicamentos genericos estan en minusculas letra itálica (por ejemplo, *celecoxib*).

La informacion en la columna de Requisitos/limites indica si Brand New Day tiene algun requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Los siguientes pueden encontrarse en las columnas “Nivel” o “Requisitos/límites” del formulario:

Abreviatura	Descripción	Explicación
Nivel del medicamento		
1	Nivel 1	Genérico preferido
2	Nivel 2	Genérico
3	Nivel 3	Marca preferida
4	Nivel 4	Medicamento no preferido (de marcas y genéricos)
5	Nivel 5	Especialidad
6	Nivel 6	Medicamento Select Care
Restricciones de Administración de Uso		
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su proveedor) debe obtener una autorización de Brand New Day antes de surtir su receta para este medicamento. Si no obtiene la aprobación, Brand New Day podría no cubrir el medicamento.
PA BvD	Parte D vs. Parte B únicamente	Este medicamento puede cumplir los requisitos para el pago en virtud de la Parte B o Parte D de Medicare. Usted (o su proveedor) debe obtener una autorización previa de Brand New Day para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir su receta médica para este medicamento. Si no obtiene la aprobación, Brand New Day podría no cubrir el medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para nuevas afiliaciones solamente	Si usted es un afiliado nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su proveedor) debe obtener una autorización previa de Brand New Day antes de surtir su receta para este medicamento. Si no obtiene la aprobación, Brand New Day podría no cubrir el medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	Brand New Day limita la cantidad cubierta de este medicamento por cada receta médica, o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Restricción de tratamiento por pasos	Antes de que Brand New Day le proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su afección. Este medicamento puede ser cubierto únicamente si el(los) otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted.
Otros requisitos especiales para la cobertura		
EX	Medicamento excluido de la Parte D	Este medicamento controlado no está normalmente cubierto por un Plan de medicamentos controlados de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta médica para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar por sus recetas médicas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Medicamento de acceso limitado	Este medicamento puede estar disponible únicamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su directorio de farmacias o llame a Servicios para miembros al 866-255-4795, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8 p.m. TTY/TDD marque 711.

Abreviatura	Descripción	Explicación
GC	Brecha de cobertura	Proporcionamos cobertura de este medicamento en la brecha de cobertura. Por favor, consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.
NM	Medicamentos no pedidos por correo	Usted puede recibir más de un suministro para 1 mes de la mayoría de los medicamentos incluidos en el formulario por medio del servicio de pedido por correo a un menor costo compartido. Los medicamentos <u>no</u> disponibles a través de pedido por correo se indican con una "NM" en la columna de Requisitos/límites de su formulario.
NDS	Suministro de días no-prolongado	Brand New Day limita estos medicamentos que están cubiertos dentro de un plazo específico. <i>(suministro de 30 días en farmacia minorista y suministro de 31 días en atención a largo plazo).</i>
CB	Beneficio con límite	Este medicamento es parte de un beneficio con límite
SI	Insulinas selectas	Esta insulina es parte del programa de modelo de ahorros para adultos mayores que reduce el costo de ciertas insulinas hasta y durante la brecha de cobertura.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	19
Agentes Antiansiedad	20
Agentes Antidemencia	21
Agentes Antidiabetico	22
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	29
Agentes Antiparasitarios	30
Agentes Antiparkinson	31
Agentes Antipsicóticos	33
Agentes Calóricos	39
Agentes Cardiovasculares	41
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	52
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	53
Agentes De Trastorno De Sueño	54
Agentes Del Sistema Nervioso Central	55
Agentes Del Tracto Respiratorio	59
Agentes Dentales Y Orales	64
Agentes Dermatológicos	65
Agentes Gastrointestinales	70
Agentes Genitourinarios	74
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	75
Agentes Inmunológicos	81
Agentes Oftálmicos	91
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	93
Agentes Terapeuticos Misceláneos	97
Agentes Vasodilatadores	100
Analgésicos	101
Anestésicos	105
Antagonistas De Metales Pesados	106
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	106
Antibacterianos	107
Anticonceptivos	114
Anticonvulsivos	124
Antidepresivos	128

Antifúngicos.....	132
Antihistamínicos.....	133
Antimicobacteriales.....	134
Antivirales (Sitémico).....	134
Dispositivos.....	142
Preparaciones De Reemplazo.....	183
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	185
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	189
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	191
Vitaminas Y Minerales.....	191

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NM; NDS
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<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
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; 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>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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (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)	4	
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)	3	
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
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 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
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</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	3	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	3	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 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
IXEMPRA 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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, 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
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (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
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)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	PA BvD
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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>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 (14 per 21 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 (thioguanine) MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 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
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)
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
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> (Tepadina)	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> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>tretinoin (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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VENCLEXTA 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>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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; 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)
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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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 (drlec) 333 mg</i>	3	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	5	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	3	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NARCAN NASAL (naloxone) SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (1008 per 90 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix Continuing Month Box)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i> (Tranxene T-Tab)	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc 5 mg/ml</i> (Diazepam Intensol)	4	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	3	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	4	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	4	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>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 oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; QL (30 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, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</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>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>	4	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)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	4	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)	4	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabético		
Agentes Antidiabéticos, 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 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)
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</i> (Actos)	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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 (insulin glargine) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN (insulin glargine) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 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)
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		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Amaryl)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i> (Amaryl)	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release</i> (Glucotrol XL) <i>24hr 10 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>glipizide oral tablet extended release</i> (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	6	GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	4	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine) 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
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 1 mg/ml</i>	3	QL (24 per 28 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	4	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	4	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	4	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	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))	4	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	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
<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 tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Phenergan)	4	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 50 mg</i> (Promethegan)	4	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	4	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	3	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	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>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	4	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	4	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	4	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	3	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	
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)	4	PA; QL (42 per 7 days)
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>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	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>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	3	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; 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
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg,</i> (Mirapex) <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 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>	4	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15</i> (Abilify) <i>mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	4	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	4	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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i> (Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i> (Clozaril)	3	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i> (Clozaril)	3	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i> (Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	3	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml(1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	3	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln (Zyprexa) 10 mg</i>	3	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>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	4	
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>	3	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i> (Risperdal)	2	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating</i> <i>3 mg, 4 mg</i>	4	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</i> <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10</i> <i>mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10</i> <i>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,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	3	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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 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>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	2	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	1	GC
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</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		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr</i>	4	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenylephrine hcl injection solution</i> (Vazculep) 10 mg/ml	2	
<i>prazosin oral capsule</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)	4	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet</i> 200 mg (Pacerone)	1	GC
<i>amiodarone oral tablet</i> 400 mg (Pacerone)	4	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i> (Norpace) 100 mg, 150 mg	3	
<i>dofetilide oral capsule</i> 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	4	
<i>flecainide oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
<i>lidocaine (pf) injection solution</i> 10 mg/ml (1%) (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe</i> 100 mg/5 ml (2%), 50 mg/5 ml (1%)	1	GC
<i>mexiletine oral capsule</i> 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet</i> 200 mg (amiodarone)	1	GC
<i>pacerone oral tablet</i> 400 mg (amiodarone)	4	
<i>procainamide injection solution</i> 100 mg/ml, 500 mg/ml	2	
<i>procainamide intravenous syringe</i> 100 mg/ml	2	
<i>propafenone oral tablet</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 200 mg	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 300 mg	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule</i> 200 mg, 400 mg	2	
<i>atenolol oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	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>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	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>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	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)	4	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 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>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Sorine)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem 24h er(cd) 300 mg cp 300 mg</i> (Cartia XT)	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>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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> (Verelan PM)	4	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Verelan)	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i> (Verelan)	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> (Calan SR)	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> (Ranexa)	4	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Ranexa)	4	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 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		
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	6	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	6	GC
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	4	
<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>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)	3	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	3	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</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>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 160 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 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> (Niacor)	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	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)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	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
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	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>	4	
<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> (Aldactone)	1	GC
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	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>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	GC
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	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</i> (Tekturna)	4	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	4	
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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>isosorbide-hydralazine oral tablet</i> (BiDil) 20-37.5 mg	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour</i> (nitroglycerin) 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50</i> <i>mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3</i> (Nitrostat) <i>mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24</i> (Nitro-Dur) <i>hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4</i> <i>mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	2	
Agentes De Enfermedad		
Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal		
Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	3	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral</i> <i>capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100</i> (Cortenema) <i>mg/60 ml</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule (with del</i> (Delzicol) <i>rel tablets) 400 mg</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended</i> (Apriso) <i>release 24hr 0.375 gram</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed</i> (Lialda) <i>release (drlec) 1.2 gram</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed</i> (Asacol HD) <i>release (drlec) 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000</i> (Canasa) <i>mg</i>	3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	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>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 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 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) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</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)	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	3	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)
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>	4	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	4	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	2	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
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>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	4	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	4	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)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	4	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	4	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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	4	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>	4	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; 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)	3	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	3	QL (30 per 30 days)
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release</i> 12 hr 10 mg (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet</i> 10 mg (Zenzedi)	4	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet</i> 15 mg, 5 mg (Zenzedi)	4	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet</i> 20 mg, 30 mg (Zenzedi)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	4	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release</i> 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i> 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec)</i> 240 mg (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution</i> 0.1 mg/ml	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20</i> (Copaxone) <i>mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40</i> (Copaxone) <i>mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20</i> (glatiramer) <i>mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40</i> (glatiramer) <i>mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended</i> (Intuniv ER) <i>release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	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</i> <i>mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> (Lithobid) <i>extended release 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet</i> <i>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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	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	3	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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	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 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUIITY 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) 3	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 3	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
Antileucotrinos		
<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)	4
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>	(ProAir 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</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>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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)	
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4		
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	4		
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	4		
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2		
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)	
Agentes Dentales Y Orales			
Agentes Dentales Y Orales			
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	(PreviDent)	1	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	(triamcinolone acetone)	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>perio gard 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 acetone dental paste 0.1 %</i>	(Oralene)	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
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	GC
<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 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>	3	
<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-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i> (fluocinonide-emollient)	4	
<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 topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>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)	4	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	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	4	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</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>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 0.1 %, 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 ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	4	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	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>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) 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>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL (alcohol swabs) 70% WIPES	1	GC
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO (alcohol swabs) ALCOHOL PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<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>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	4	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	4	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	4	
<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)	4	
<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)	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	4	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	4	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	4	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	2	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 tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	4	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	4	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	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>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 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)	4	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	4	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<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)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
<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	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	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 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	
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)	4	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	3	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i>	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (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> (GaviLyte-N)	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,mg 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>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	
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>tropium oral tablet 20 mg</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
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	5	PA; NM; NDS
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	3	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i> (Oxandrin)	2	
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i> (Oxandrin)	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo)	3	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (300 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mglactuation (1.5 ml)</i>	4	PA; QL (180 per 30 days)	
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)	
Estrógenos Y Antiestrógenos			
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(estradiol)	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	(Estrace)	1	GC
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Dotti)	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Climara)	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	(Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	(Yuvafem)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Delestrogen)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(Amabelz)	2	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR		4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>rалoxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	2	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (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, 4 mg, 6 mg</i> (Decadron)	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</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>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)
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	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 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>	3	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	3	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; 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>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 100 MG/2 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
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)	4	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<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; 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	5	NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	3	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	3	
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1</i> <i>ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	3	
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 (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT 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)
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	5	PA; NM; NDS
Progestinas		
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i> (Makena) <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10</i> <i>ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> (Aygestin) <i>mg</i>	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50</i> <i>mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral</i> (Prometrium) <i>capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	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>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
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 250 mg/5 ml</i> (Sandimmune)	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	3	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	3	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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg</i>	4	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral 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
<i>engraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>engraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	3	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 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 PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
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
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg (Arava)</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>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
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)	4	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS 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</i> (Prograf)	2	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i> (Prograf)	3	PA BvD
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENG VAXIA (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	

Puede encontrar información sobre qué significan 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	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	(tetanus-diphtheria toxoids-td)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (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	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 % (brinzolamide)	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 % (brimonidine-timolol)	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i> (Trusopt)	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 2.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<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 %</i> (Isopto Carpine)	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic)	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i> (Timoptic-XE)	4	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 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>	4	
<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)	3	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>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i> (gentamicin)	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	GC
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	4	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-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>		4	
<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>	(Ocuflox)	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>	(Polytrim)	1	GC
<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 %</i> (Tobrex)	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i> (TobraDex)	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	3	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	3	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	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>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	3	
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>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 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
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> (Acular) 0.5 %	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</i> (Lotemax) 0.5 %	4	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/lactuation	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> (Pred Forte) 1 %	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	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>apraclonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i> (Isopto Atropine) 1 %	4	
<i>azelastine nasal aerosol,spray</i> 137 mcg (0.1 %)	2	QL (30 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 %	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops</i> 4 %	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %, 1 %, 2 % (Cyclogyl)	2	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops</i> 0.05 %	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol</i> 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol</i> 42 mcg (0.06 %)	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> 1.5 %	4	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 % (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % (Eye Allergy Itch Relief)	4	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Alcaine)	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
Agentes Terapéuticos Misceláneos		
Agentes Terapéuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	5	NM; NDS
<i>bupirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> (Vistaril) 25 mg, 50 mg	1	GC
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG	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>	3	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> (Mestinon) <i>60 mg/5 ml</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> <i>30 mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) <i>60 mg</i>	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	3	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)	6	GC; EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	3	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 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 (drlec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	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>	4	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	4	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	4	
<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>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>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	4	
<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 (drlec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	GC; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	
<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>	4	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> (Actiq)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i> (Actiq)	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	3	QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	QL (180 per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	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	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 tablet 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i> (methadone)	2	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> (Roxicodone)	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (oxycodone)	3	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i> (Ultram)	1	GC; 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
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> (Ultracet) 37.5-325 mg	2	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 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, plf 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>	4	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>	4	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; 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
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)	3	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
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	
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
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>	4	
Antibacteriales, Misceláneos		
<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 phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin 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>	3	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	3	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<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, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i> (Macrochantin)	4	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-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)	4	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	4	QL (112 per 14 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
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)	3	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	3	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	4	
<i>meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 500 mg/50 ml</i>	4	
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>	4	
<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>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>	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>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefoxitin 1 gm piggyback bag 1 gram/50 ml</i>	4	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	4	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<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 suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	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>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	4	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 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)	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
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>	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>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	4	
<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, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	
<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>	3	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	3	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	
<i>nafcillin 2 gml 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 soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	4	
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	3	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	
Quinolonas		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	4	
<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>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	4	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	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>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Vibramycin (mono))	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	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>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 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 (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 (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.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Apri)	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	2	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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)	4	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>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	
<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

Puede encontrar información sobre qué significan 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>introvale oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<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 norgestle.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 norgestle.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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-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.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>luta</i> (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq</i> oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza</i> oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa</i> (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>merzee</i> oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20</i> (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>mili</i> oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-linyah</i> oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>necon 0.5/35</i> (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		2	
<i>nikki</i> (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> oral tablet 0.35 mg	(Camila)	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Aurovela 1.5/30 (21))	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> oral tablet 1-20 mg-mcg	(Aurovela 1/20 (21))	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Merzee)	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(Tri-Lo-Estarylla)	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Tri-Estarylla)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 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	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>simpesse oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/175-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>		2	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 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.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		4	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>		4	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	4	
<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)	4	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	4	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	4	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	4	
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	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<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)	4	QL (2160 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral 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, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	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)	4	
<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	ST
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	5	ST; NM; NDS
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	4	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	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; 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)	4	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (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	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<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>	4	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	4	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	
<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>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</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	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>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	GC
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
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>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	5	NM; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	4	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)	4	
<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>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	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>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (posaconazole) 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	3	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</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>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<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 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
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	4	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	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>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 (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	NM; NDS
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	3	
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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	3	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i> (Sustiva)	3	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i> (Sustiva)	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	3	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	3	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	4	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	4	
<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)	3	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>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	4	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> (Norvir)	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</i> (Viread)	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	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4		
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4		
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS	
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	4	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (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)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 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
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	5	PA NSO; NM; NDS
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		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	3	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 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>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	4	
<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	

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR u-100) RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X u-100) 5/8"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 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" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	(Comfort EZ Insulin Syringe)
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE 1 ML	2	(insulin syringe needleless)
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 ML	2	(BD Insulin Syringe Slip Tip)
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	(pen needle, diabetic)
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 13MMX29G 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	(insulin syringe-needle u-100)
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	(insulin syringe-needle u-100)
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	(insulin syringe-needle u-100)
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 8MMX30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	(insulin syringe-needle u-100)
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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	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 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 (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 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	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPSAFE PEN NEEDLE 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
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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH 1 ML SYR 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 (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 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
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insulin 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE Syr(half unit)) X 1/4"	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML (Comfort EZ Insulin 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 Syringe) ML 30 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	
INSULIN SYRINGE 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 (Utileit Insulin Syringe)	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Advocate Syringes)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	2	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
LITETOUGH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
LITETOUGH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
LITETOUGH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
LITETOUGH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
LITETOUGH 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	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MINI PEN NEEDLE 33G 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	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Lite Touch Insulin 1/2 ML 29 Syringe)	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 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 (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" (gauze bandage) 2"X2", 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., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	2	
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 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 (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X u-100) 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 u-100) 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 u-100) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT 31G PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
SURE COMFORT PEN NDL 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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (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 SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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 COMFORT 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark) 2	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2 (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Advocate Syringes) 2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 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
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 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
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" (pen needle, diabetic) 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" (pen needle, diabetic) 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
V-GO 40 DEVICE	3	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	4	
ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	4	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i> (K-Tab)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	4	
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)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	2	
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	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>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	3	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	3	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	3	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	3	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection syringe 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	4	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)	4	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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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)
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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, 5 mg</i> (Orfadin)	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
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Kuvan)	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>calcium pnv oral capsule 28-1-250 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
<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 (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<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	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pnv-yp-u 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>prenal 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	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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	
<i>viva dha oral capsule 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>vol-nate oral tablet 28 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vol-tab rx oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vp-ch plus oral capsule 29 mg iron-1 mg -50 mg-265 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-ggr-b6 oral tablet 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	

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

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

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	142	ADVAIR HFA.....	61	ALUNBRIG.....	3
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	142	ADVOCATE PEN NEEDLE	143	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	115
<i>abacavir</i>	134	ADVOCATE SYRINGES	142, 143	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	115
<i>abacavir-lamivudine</i>	135	<i>afirmelle</i>	114	<i>alymSYS</i>	3
<i>abacavir-lamivudine- zidovudine</i>	135	<i>a-hydrocort</i>	77	<i>alyq</i>	100
ABELCET.....	132	AIMOVIG.....		<i>amabelz</i>	76
<i>abiraterone</i>	3	AUTOINJECTOR.....	27	<i>amantadine hcl</i>	31
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	142	AJOVY AUTOINJECTOR....	27	AMBISOME.....	132
ABRAXANE.....	3	AJOVY SYRINGE.....	27	<i>ambrisentan</i>	100
<i>acamprosate</i>	19	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	29	<i>amethia</i>	115
<i>acarbose</i>	22	AKYNZEO (NETUPITANT).....	29	<i>amiloride</i>	49
<i>accutane</i>	67	<i>ala-cort</i>	65	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	49
<i>acebutolol</i>	42	<i>albendazole</i>	30	AMINOSYN II 15 %.....	39
<i>acetaminophen-codeine</i>	102	<i>albuterol sulfate</i>	62, 63	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE).....	39
<i>acetazolamide</i>	91, 92	<i>alclometasone</i>	65	<i>amiodarone</i>	42
<i>acetazolamide sodium</i>	92	ALCOHOL PADS.....	67	<i>amitriptyline</i>	128
<i>acetic acid</i>	93	ALCOHOL PREP PADS.....	68	<i>amlodipine</i>	47
<i>acetylcysteine</i>	59	ALCOHOL PREP SWABS....	67	<i>amlodipine-benazepril</i>	47
<i>acitretin</i>	67	ALCOHOL SWABS.....	67	<i>amlodipine-valsartan</i>	47
ACTHAR.....	79	ALCOHOL WIPES.....	68	<i>ammonium lactate</i>	67
ACTHIB (PF).....	86	ALDURAZYME.....	189	<i>amoxapine</i>	129
ACTIMMUNE.....	97	ALECENSA.....	3	<i>amoxicillin</i>	111
<i>acyclovir</i>	67, 141	<i>alendronate</i>	53	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	111, 112
<i>acyclovir sodium</i>	141	<i>alfuzosin</i>	74	<i>amphotericin b</i>	132
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	87	ALIMTA.....	3	<i>amphotericin b liposome</i>	132
ADAKVEO.....	185	ALIQOPA.....	3	<i>ampicillin</i>	112
<i>adapalene</i>	69	<i>aliskiren</i>	51	<i>ampicillin sodium</i>	112
ADCETRIS.....	3	<i>allopurinol</i>	27	<i>ampicillin-sulbactam</i>	112
<i>adefovir</i>	141	<i>alose tron</i>	52	ANADROL-50.....	75
ADEMPAS.....	100	ALPHAGAN P.....	92	<i>anagrelide</i>	185
<i>adriamycin</i>	3	<i>alprazolam</i>	20	<i>anastrozole</i>	3
<i>adrucil</i>	3	ALREX.....	95	ANORO ELLIPTA.....	63
ADVAIR DISKUS.....	61	<i>altavera (28)</i>	114	<i>apomorphine</i>	31
		ALTRENO.....	69	<i>apraclonidine</i>	96
				<i>aprepitant</i>	29
				APRETUDE.....	135

<i>apri</i>	115	AVONEX.....	55	BD SAFETYGLIDE	
APTIOM.....	124	<i>ayuna</i>	115	INSULIN SYRINGE	
APTIVUS.....	135	AYVAKIT.....	4	.....	144, 145, 146
APTIVUS (WITH VITAMIN		<i>azacitidine</i>	4	BD SAFETYGLIDE	
E).....	135	<i>azathioprine</i>	81	NEEDLE.....	145
<i>aranelle (28)</i>	115	<i>azathioprine sodium</i>	82	BD SAFETYGLIDE	
ARCALYST.....	81	<i>azelastine</i>	96, 97	SYRINGE.....	145
<i>aripiprazole</i>	33	<i>azithromycin</i>	110, 111	BD ULTRA-FINE MICRO	
ARISTADA.....	33, 34	AZOPT.....	92	PEN NEEDLE.....	146
ARISTADA INITIO.....	33	<i>aztreonam</i>	109	BD ULTRA-FINE MINI	
<i>armodafinil</i>	54	<i>azurette (28)</i>	115	PEN NEEDLE.....	146
ARNUITY ELLIPTA.....	61	<i>bacitracin</i>	93	BD ULTRA-FINE NANO	
<i>arsenic trioxide</i>	3	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	93	PEN NEEDLE.....	146
<i>asenapine maleate</i>	34	<i>baclofen</i>	191	BD ULTRA-FINE ORIG	
<i>ashlyna</i>	115	<i>bal-care dha</i>	191	PEN NEEDLE.....	146
ASPARLAS.....	3	<i>bal-care dha essential</i>	191	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	187	<i>balsalazide</i>	52	PEN NEEDLE.....	146
ASSURE ID DUO-SHIELD	143	BALVERSA.....	4	BD VEO INSULIN SYR	
ASSURE ID INSULIN		<i>balziva (28)</i>	115	(HALF UNIT).....	146
SAFETY.....	143, 144	BAVENCIO.....	4	BD VEO INSULIN	
ASSURE ID PEN NEEDLE	144	BAXDELA.....	113	SYRINGE UF.....	146
<i>atazanavir</i>	135	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	87	<i>bekyree (28)</i>	115
<i>atenolol</i>	42	BD ALCOHOL SWABS.....	67	BELEODAQ.....	4
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	43	BD AUTOSHIELD DUO		BELSOMRA.....	54
<i>atomoxetine</i>	55	PEN NEEDLE.....	144	<i>benazepril</i>	50
<i>atorvastatin</i>	47	BD ECLIPSE LUER-LOK...	144	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	50
<i>atovaquone</i>	30	BD INSULIN SYRINGE		BENDEKA.....	4
<i>atovaquone-proguanil</i>	30, 31	.....	144, 145	BENLYSTA.....	82
<i>atropine</i>	96	BD INSULIN SYRINGE		<i>benztropine</i>	31
ATROVENT HFA.....	63	(HALF UNIT).....	144	BESPONSA.....	4
AUBAGIO.....	55	BD INSULIN SYRINGE		BESREMI.....	82
<i>aubra eq</i>	115	SLIP TIP.....	145	<i>betaine</i>	97
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	115	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>betamethasone acet,sod phos</i>	77
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	115	500.....	144	<i>betamethasone dipropionate</i>	65
<i>aurovela 24 fe</i>	115	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone valerate</i>	65
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	115	ULTRA-FINE.....	144	<i>betamethasone, augmented</i>	65
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	115	BD NANO 2ND GEN PEN		BETASERON.....	55
AUSTEDO.....	55	NEEDLE.....	145	<i>betaxolol</i>	43
AVASTIN.....	3			<i>bethanechol chloride</i>	74
<i>aviane</i>	115			<i>bexarotene</i>	4

BEXSERO.....	87	CABENUVA.....	135	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .	109
<i>bicalutamide</i>	4	<i>cabergoline</i>	32	<i>cefdinir</i>	109
BICILLIN L-A.....	112	CABLIVI.....	185	<i>cefepime</i>	110
BIKTARVY.....	135	CABOMETYX.....	5	<i>cefixime</i>	110
<i>bisoprolol fumarate</i>	43	<i>cabotegravir</i>	135	<i>cefotaxime</i>	110
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .	43	<i>caffeine citrate</i>	56	<i>cefoxitin</i>	110
BLENREP.....	4	<i>calcipotriene</i>	67	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i> .	110
<i>bleomycin</i>	4	<i>calcitonin (salmon)</i>	53	<i>cefpodoxime</i>	110
<i>bleph-10</i>	93	<i>calcitriol</i>	53	<i>cefprozil</i>	110
BLINCYTO.....	4	<i>calcium acetate(phosphat</i>		<i>ceftazidime</i>	110
<i>blisovi 24 fe</i>	115	<i>bind)</i>	73	<i>ceftriaxone</i>	110
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	116	<i>calcium chloride</i>	183	<i>cefuroxime axetil</i>	110
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	116	<i>calcium pnv</i>	191	<i>cefuroxime sodium</i>	110
BOOSTRIX TDAP.....	87	CALQUENCE.....	5	<i>celecoxib</i>	101
BORDERED GAUZE.....	146	<i>camila</i>	116	CELONTIN.....	124
<i>bortezomib</i>	4	CAPLYTA.....	34	<i>cephalexin</i>	110
BORTEZOMIB.....	4	CAPRELSA.....	5	CERDELGA.....	189
BOSULIF.....	4	<i>captopril</i>	50	CEREZYME.....	189
BRAFTOVI.....	5	<i>carbamazepine</i>	124	CHANTIX CONTINUING	
BREO ELLIPTA.....	61	<i>carbidopa-levodopa</i>	32	MONTH BOX.....	19
BREZTRI AEROSPHERE....	63	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chateal eq (28)</i>	116
<i>briellyn</i>	116	<i>entacapone</i>	32	<i>chloramphenicol sod succinate</i> 107	
BRILINTA.....	187	CAREFINE PEN NEEDLE		<i>chlordiazepoxide hcl</i>	20
<i>brimonidine</i>	92	.....	146, 147	<i>chlorhexidine gluconate</i>	64
<i>brimonidine-timolol</i>	92	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chloroquine phosphate</i>	31
BRIVIACT.....	124	PREP PAD.....	67	<i>chlorothiazide sodium</i>	49
<i>bromocriptine</i>	31	CARETOUCH INSULIN		<i>chlorpromazine</i>	34
BROMSITE.....	95	SYRINGE.....	147	<i>chlorthalidone</i>	49
BRONCHITOL.....	59	CARETOUCH PEN		<i>chlorzoxazone</i>	191
BRUKINSA.....	5	NEEDLE.....	147	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	47
<i>budesonide</i>	52, 61	<i>carglumic acid</i>	71	<i>cholestyramine light</i>	47
<i>bumetanide</i>	49	<i>carteolol</i>	92	<i>ciclopirox</i>	132
<i>buprenorphine hcl</i>	19, 102	<i>cartia xt</i>	44	<i>cilostazol</i>	187
<i>buprenorphine-naloxone</i>	19	<i>carvedilol</i>	43	CIMDUO.....	135
<i>bupropion hcl</i>	129	<i>caspofungin</i>	132	<i>cimetidine hcl</i>	70
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .	19	CAYSTON.....	109	<i>cinacalcet</i>	53
<i>buspirone</i>	97	<i>caziant (28)</i>	116	CINQAIR.....	59
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> 102		<i>cefaclor</i>	109	CINRYZE.....	187
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	102	<i>cefadroxil</i>	109	<i>ciprofloxacin</i>	113
BYNFEZIA.....	79	<i>cefazolin</i>	109	<i>ciprofloxacin hcl</i>	93, 113

<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..113	<i>clobetasol</i>.....65	COTELLIC..... 5
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ... 93	<i>clobetasol-emollient</i>.....65	CREON..... 189
<i>citalopram</i>.....129	<i>clofarabine</i>.....5	CRIXIVAN..... 135
<i>clarithromycin</i> 111	<i>clomipramine</i> 129	<i>cromolyn</i>.....59, 71, 97
CLENPIQ..... 73	<i>clonazepam</i> 20, 21	<i>cryselle (28)</i> 116
CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clonidine</i> 41	CURAD GAUZE PAD..... 150
..... 148	<i>clonidine hcl</i>.....41	CURITY ALCOHOL
<i>clindamycin hcl</i> 107	<i>clopidogrel</i> 187	SWABS.....67
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ... 107	<i>clorazepate dipotassium</i> 21	CURITY GAUZE..... 150
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole</i> 132	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>.....116
.....69, 106, 107, 108	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ... 132	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>.....116
CLINIMIX 5%/D15W	<i>clovique</i> 106	<i>cyclobenzaprine</i> 191
SULFITE FREE.....39	<i>clozapine</i>.....34	<i>cyclopentolate</i>.....97
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>c-nate dha</i> 192	<i>cyclophosphamide</i> 5
SULF FREE..... 39	COARTEM..... 31	CYCLOPHOSPHAMIDE.....5
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>codeine sulfate</i>.....102	<i>cyclosporine</i> 82, 95
SULFIT FREE..... 39	<i>colchicine</i>.....27	<i>cyclosporine modified</i>.....82
CLINIMIX 5%-	<i>colesevelam</i>.....47	<i>cyproheptadine</i> 133
D20W(SULFITE-FREE)..... 39	<i>colestipol</i>.....47	CYRAMZA.....5
CLINIMIX 6%-D5W	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....108	<i>cyred eq</i> 116
(SULFITE-FREE).....39	COMBIGAN..... 92	CYSTARAN..... 97
CLINIMIX 8%-	COMBIVENT RESPIMAT... 63	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>
D10W(SULFITE-FREE)..... 39	COMETRIQ.....5	<i>chloride</i> 183
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. 183
D14W(SULFITE-FREE)..... 39	SYRINGE..... 148, 149	<i>dalfampridine</i>.....56
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PEN	DALIRESP.....59
SULF FREE.....39	NEEDLES..... 148, 149	<i>danazol</i> 75
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN	<i>dantrolene</i> 191
SUL FREE..... 40	NEEDLE..... 150	DANYELZA.....5
CLINIMIX E 4.25%/D5W	COMPLERA..... 135	<i>dapsone</i> 134
SULF FREE.....40	<i>completenate</i> 192	DAPTACEL (DTAP
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>compro</i>.....29	PEDIATRIC) (PF)..... 87
SULFIT FREE..... 40	<i>constulose</i> 71	<i>daptomycin</i> 108
CLINIMIX E 5%/D20W	COPAXONE..... 56	DARZALEX..... 6
SULFIT FREE.....40	COPIKTRA.....5	DARZALEX FASPRO.....6
CLINIMIX E 8%-D10W	CORLANOR.....45	<i>dasetta 1/35 (28)</i> 116
SULFITEFREE..... 40	CORTROPHIN GEL.....79	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> 116
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX.....82	DAURISMO..... 6
SULFITEFREE..... 40	COSENTYX (2 SYRINGES).82	<i>daysee</i> 116
<i>clobazam</i>.....124	COSENTYX PEN (2 PENS).. 82	<i>deblitane</i> 116

<i>decitabine</i>	6	<i>difluprednate</i>	95	DROPLET INSULIN	
<i>deferasirox</i>	106	<i>digitek</i>	45	SYR(HALF UNIT).....	150, 151
<i>deferiprone</i>	106	<i>digox</i>	45	DROPLET INSULIN	
<i>deferoxamine</i>	106	<i>digoxin</i>	45	SYRINGE.....	151, 152
DELSTRIGO.....	135	<i>dihydroergotamine</i>	27, 28	DROPLET MICRON PEN	
DENGVAXIA (PF).....	87	<i>diltiazem hcl</i>	44	NEEDLE.....	152
<i>denta 5000 plus</i>	64	<i>dilt-xr</i>	44	DROPLET PEN NEEDLE..	152
<i>dentagel</i>	64	<i>dimenhydrinate</i>	29	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA.....	150	<i>dimethyl fumarate</i>	56	PREP PADS.....	67
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	52	DROPSAFE PEN NEEDLE	
WOVEN.....	150	<i>diphenhydramine hcl</i>	133, 134	.....	152, 153
DESCOVY.....	136	<i>diphenoxylate-atropine</i>	71	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i> ..	116
<i>desipramine</i>	129	<i>dipyridamole</i>	187	DROXIA.....	185
<i>desmopressin</i>	79	<i>disopyramide phosphate</i>	42	<i>droxidopa</i>	41
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	116	<i>disulfiram</i>	19	DUAVEE.....	76
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	116	<i>divalproex</i>	125	<i>duloxetine</i>	129
<i>desoximetasone</i>	65	<i>dofetilide</i>	42	DUPIXENT PEN.....	82
<i>desvenlafaxine succinate</i>	129	<i>donepezil</i>	21	DUPIXENT SYRINGE.....	82
<i>dexamethasone</i>	77	DOPTELET (10 TAB PACK)		<i>dutasteride</i>	74
<i>dexamethasone sodium phos</i>		.....	187	EASY COMFORT	
(<i>pf</i>).....	77, 78	DOPTELET (15 TAB PACK)		ALCOHOL PAD.....	67
<i>dexamethasone sodium</i>		.....	187	EASY COMFORT	
<i>phosphate</i>	78, 95	DOPTELET (30 TAB PACK)		INSULIN SYRINGE....	153, 154
<i>dexmethylphenidate</i>	56	.....	187	EASY COMFORT PEN	
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	56	<i>dorzolamide</i>	92	NEEDLES.....	153, 154
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i>	92	EASY GLIDE INSULIN	
<i>amphetamine</i>	56	<i>dothelle dha</i>	192	SYRINGE.....	154
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	40	<i>dotti</i>	76	EASY GLIDE PEN	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	40	DOVATO.....	136	NEEDLE.....	154
DIACOMIT.....	124	<i>doxazosin</i>	41	EASY TOUCH.....	156
<i>diazepam</i>	21, 124, 125	<i>doxepin</i>	129	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diazepam intensol</i>	21	<i>doxorubicin</i>	6	PREP PADS.....	67
<i>diazoxide</i>	97	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac epolamine</i>	101	<i>doxy-100</i>	114	INSULIN.....	155
<i>diclofenac potassium</i>	101	<i>doxycycline hyclate</i>	114	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac sodium</i>	95, 101	<i>doxycycline monohydrate</i>	114	SYRINGE.....	155
<i>dicloxacillin</i>	112	DRIZALMA SPRINKLE....	129	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dicyclomine</i>	71	<i>dronabinol</i>	29	SAFETY SYR.....	154, 155
<i>didanosine</i>	136	<i>droperidol</i>	29	EASY TOUCH INSULIN	
DIFICID.....	111			SYRINGE.....	154, 155, 156, 157

EASY TOUCH LUER	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .. 136	<i>erythromycin with ethanol</i> 69
LOCK INSULIN..... 156	EMTRIVA..... 136	ESBRIET..... 59
EASY TOUCH PEN	<i>enalapril maleate</i>.....51	<i>escitalopram oxalate</i> 130
NEEDLE..... 156	<i>enalaprilat</i>.....51	<i>esomeprazole magnesium</i> 70
EASY TOUCH SAFETY	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ... 51	<i>esomeprazole sodium</i>.....70
PEN NEEDLE..... 156, 157	ENBREL..... 83	<i>estarylla</i>.....117
EASY TOUCH	ENBREL MINI.....82	<i>estradiol</i>.....76
SHEATHLOCK INSULIN	ENBREL SURECLICK.....83	<i>estradiol valerate</i>.....76
..... 155, 156	ENDARI..... 97	<i>estradiol-norethindrone acet</i> 76
EASY TOUCH UNI-SLIP... 157	<i>endocet</i>.....103	<i>eszopiclone</i>.....55
<i>econazole</i> 132	ENGERIX-B (PF)..... 87	<i>ethambutol</i> 134
EDARBI.....46	ENGERIX-B PEDIATRIC	<i>ethosuximide</i>.....125
EDARBYCLOR.....46	(PF).....88	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ... 117
EDURANT..... 136	ENHERTU.....6	<i>etodolac</i> 101
<i>efavirenz</i> 136	<i>enoxaparin</i>.....185, 186	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .. 117
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 136	<i>enpresse</i> 117	ETOPOPHOS.....7
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 136	<i>enskyce</i> 117	<i>etoposide</i>.....7
EGRIFTA SV..... 79	<i>entacapone</i> 32	<i>etravirine</i>.....136
ELAPRASE..... 189	<i>entecavir</i> 141	EUCRISA.....65
ELIGARD.....6	ENTRESTO..... 46	EVENITY.....53
ELIGARD (3 MONTH).....6	<i>enulose</i>.....71	<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....7
ELIGARD (4 MONTH).....6	EPCLUSA..... 139	<i>everolimus</i>
ELIGARD (6 MONTH).....6	EPIDIOLEX..... 125	<i>(immunosuppressive)</i> 83
<i>elinest</i> 116	<i>epinastine</i>.....97	EVOTAZ..... 136
ELIQUIS..... 185	<i>epinephrine</i>.....45	EVRYSDI.....98
ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>epitol</i>.....125	EXEL INSULIN.....157
30D START..... 185	EPIVIR HBV..... 136	<i>exemestane</i> 7
ELITEK..... 189	<i>eplerenone</i>.....51	EXKIVITY.....7
ELLA..... 117	<i>epoprostenol (glycine)</i> 100	EXONDYS-51..... 98
ELMIRON..... 97	EPRONTIA..... 125	<i>extra-virt plus dha</i> 192
<i>eluryng</i>.....117	ERBITUX..... 6	EYSUVIS.....95
EMCYT.....6	<i>ergoloid</i>.....21	<i>ezetimibe</i>.....47
EMEND..... 29	ERIVEDGE..... 6	FABRAZYME..... 189
EMFLAZA..... 78	ERLEADA..... 7	<i>falmina (28)</i> 117
EMGALITY PEN..... 28	<i>erlotinib</i> 7	<i>famciclovir</i> 141
EMGALITY SYRINGE..... 28	<i>errin</i> 117	<i>famotidine</i>.....70
<i>emoquette</i> 117	<i>ertapenem</i> 109	<i>famotidine (pf)</i> 70
EMPLICITI.....6	<i>ery pads</i> 69	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> .. 70
EMSAM.....129	<i>erythromycin</i> 93, 111	FANAPT..... 34
<i>emtricitabine</i> 136	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ... 111	FARXIGA.....22

FARYDAK.....	7	<i>fluorometholone</i>	95	GATTEX 30-VIAL.....	71
FASENRA.....	59	<i>fluorouracil</i>	7, 67, 68	GAUZE PAD.....	158
FASENRA PEN.....	59	<i>fluoxetine</i>	130	<i>gavilyte-c</i>	73
<i>febuxostat</i>	27	<i>fluphenazine decanoate</i>	35	<i>gavilyte-g</i>	73
<i>felbamate</i>	125	<i>fluphenazine hcl</i>	35	<i>gavilyte-n</i>	73
FEMRING.....	76	<i>flurbiprofen</i>	101	GAVRETO.....	7
<i>femynor</i>	117	<i>flurbiprofen sodium</i>	95	GAZYVA.....	7
<i>fenofibrate</i>	48	<i>flutamide</i>	7	<i>gemfibrozil</i>	48
<i>fenofibrate micronized</i>	47	<i>fluticasone propionate</i>	66, 95	<i>generlac</i>	71
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	48	<i>fluvoxamine</i>	130	<i>gengraf</i>	83
<i>fentanyl</i>	103	<i>folivane-ob</i>	192	<i>gentak</i>	93
<i>fentanyl citrate</i>	103	<i>fomepizole</i>	98	<i>gentamicin</i>	69, 93, 107
FERRIPROX.....	106	<i>fondaparinux</i>	186	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	107
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	106	FORTEO.....	53	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	107
<i>fesoterodine</i>	74	<i>fosamprenavir</i>	136	GENVOYA.....	136
FETZIMA.....	130	<i>fosaprepitant</i>	29	GILENYA.....	57
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	24	<i>foscarnet</i>	140	GILOTRIF.....	7
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	24	<i>fosinopril</i>	51	GIVLAARI.....	185
FIASP U-100 INSULIN.....	25	<i>fosphenytoin</i>	125	<i>glatiramer</i>	57
<i>finasteride</i>	74	FOTIVDA.....	7	<i>glatopa</i>	57
FINTEPLA.....	125	FREESTYLE PRECISION	157, 158	<i>glimepiride</i>	26
FIRVANQ.....	108	FULPHILA.....	187	<i>glipizide</i>	26, 27
FLEBOGAMMA DIF.....	83	<i>fulvestrant</i>	7	<i>glipizide-metformin</i>	27
<i>flecainide</i>	42	<i>furosemide</i>	49	<i>glyburide</i>	27
FLOVENT DISKUS.....	61, 62	FUZEON.....	136	<i>glyburide micronized</i>	27
FLOVENT HFA.....	62	<i>fyavolv</i>	76	<i>glyburide-metformin</i>	27
<i>floxuridine</i>	7	FYCOMPA.....	125	<i>glycopyrrolate</i>	71
<i>fluconazole</i>	132	<i>gabapentin</i>	125, 126	<i>glydo</i>	105
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	132	GALAFOLD.....	189	GLYXAMBI.....	22
<i>flucytosine</i>	132	<i>galantamine</i>	22	<i>granisetron (pf)</i>	29
<i>fludrocortisone</i>	78	GAMIFANT.....	83	<i>granisetron hcl</i>	29
<i>flumazenil</i>	56	GAMMAGARD LIQUID.....	83	<i>griseofulvin microsize</i>	132
<i>flunisolide</i>	95	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	83	<i>guanfacine</i>	41, 57
<i>fluocinolone</i>	65, 66	GAMMAPLEX.....	83	GVOKE.....	98
<i>fluocinonide</i>	66	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	83	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	98
<i>fluocinonide-e</i>	66	<i>ganciclovir sodium</i>	141	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	98
<i>fluoride (sodium)</i>	64	GARDASIL 9 (PF).....	88	HAEGARDA.....	187
				<i>hailey</i>	117

<i>hailey 24 fe</i>	117	HUMIRA(CF) PEN PSOR-	IMPAVIDO.....	31
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	117	UV-ADOL HS.....	INBRIJA.....	32
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	117	HUMULIN R U-500	<i>incassia</i>	117
<i>halobetasol propionate</i>	66	(CONC) INSULIN.....	INCONTROL ALCOHOL	
<i>haloperidol</i>	35	HUMULIN R U-500	PADS.....	68
<i>haloperidol decanoate</i>	35	(CONC) KWIKPEN.....	INCONTROL PEN	
<i>haloperidol lactate</i>	35	<i>hydralazine</i>	NEEDLE.....	159
HARVONI.....	140	<i>hydrochlorothiazide</i>	INCRELEX.....	79
HAVRIX (PF).....	88	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ... 103	<i>indapamide</i>	50
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	<i>indomethacin</i>	102
SYRINGE.....	158	<i>hydrocortisone</i>	INFANRIX (DTAP) (PF).....	88
HEALTHWISE PEN		<i>hydromorphone</i>	INLYTA.....	9
NEEDLE.....	158, 159	<i>hydromorphone (pf)</i>	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHY ACCENTS		<i>hydroxychloroquine</i>	BLUE.....	159
UNIFINE PENTIP.....	159	<i>hydroxyprogesterone</i>	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>heather</i>	117	<i>cap(ppres)</i>	FIASP) BLUE.....	159
<i>hemenatal ob + dha</i>	192	<i>hydroxyurea</i>	INQOVI.....	9
<i>heparin (porcine)</i>	186	<i>hydroxyzine hcl</i>	INREBIC.....	9
<i>heparin, porcine (pf)</i>	186	<i>hydroxyzine pamoate</i>	INSULIN SYR/NDL U100	
HEPATAMINE 8%.....	40	HYQVIA.....	HALF MARK.....	159
HERCEPTIN.....	8	<i>ibandronate</i>	INSULIN SYRINGE.....	145
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	IBRANCE.....	INSULIN SYRINGE	
HERZUMA.....	8	<i>ibu</i>	MICROFINE.....	145
HETLIOZ.....	55	<i>ibuprofen</i>	INSULIN SYRINGE	
HETLIOZ LQ.....	55	<i>icatibant</i>	NEEDLELESS.....	145
HIBERIX (PF).....	88	<i>iclevia</i>	INSULIN SYRINGE-	
HUMIRA.....	84	ICLUSIG.....	NEEDLE U-100	
HUMIRA PEN.....	84	IDHIFA.....	145, 147, 157, 159, 160, 161, 168,	
HUMIRA PEN CROHNS-		<i>ifosfamide</i>	172, 176	
UC-HS START.....	83	ILARIS (PF).....	INSUPEN.....	161
HUMIRA PEN PSOR-		ILEVRO.....	INTELENCE.....	136
UVEITS-ADOL HS.....	84	<i>imatinib</i>	INTRALIPID.....	40
HUMIRA(CF).....	84	IMBRUVICA.....	INTRON A.....	141
HUMIRA(CF) PEDI		IMFINZI.....	<i>introvale</i>	118
CROHNS STARTER.....	84	<i>imipenem-cilastatin</i>	INVEGA HAFYERA.....	35
HUMIRA(CF) PEN.....	84	<i>imipramine hcl</i>	INVEGA SUSTENNA.....	35, 36
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i>	INVEGA TRINZA.....	36
CROHNS-UC-HS.....	84	IMLYGIC.....	INVELTYS.....	96
HUMIRA(CF) PEN		IMOVAX RABIES	INVIRASE.....	136
PEDIATRIC UC.....	84	VACCINE (PF).....	IPOL.....	88

<i>ipratropium bromide</i>	63, 97	<i>kalliga</i>	118	<i>lansoprazole</i>	70
<i>ipratropium-albuterol</i>	63	KALYDECO.....	60	LANTUS SOLOSTAR U-100	
<i>irbesartan</i>	46	KANJINTI.....	9	INSULIN.....	25
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	46	KANUMA.....	189	LANTUS U-100 INSULIN....	25
IRESSA.....	9	<i>kariva (28)</i>	118	<i>lapatinib</i>	10
ISENTRESS.....	137	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	118	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	119
ISENTRESS HD.....	137	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	118	<i>larin 1/20 (21)</i>	119
<i>isibloom</i>	118	KESIMPTA PEN.....	57	<i>larin 24 fe</i>	119
ISOLYTE S PH 7.4.....	183	<i>ketoconazole</i>	133	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	119
ISOLYTE-P IN 5 %		<i>ketorolac</i>	96, 102	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	119
DEXTROSE.....	183	KEVEYIS.....	98	<i>larissia</i>	119
ISOLYTE-S.....	183	KEYTRUDA.....	9	<i>latanoprost</i>	92
<i>isoniazid</i>	134	KIMMTRAK.....	9	LATUDA.....	36
<i>isosorbide dinitrate</i>	51	KINRIX (PF).....	88	LAZANDA.....	103
<i>isosorbide mononitrate</i>	51	<i>kionex (with sorbitol)</i>	71	<i>leflunomide</i>	84
<i>isosorbide-hydralazine</i>	52	KISQALI.....	9	<i>lenalidomide</i>	10
<i>itraconazole</i>	132	KISQALI FEMARA CO-		LENVIMA.....	10
IV PREP WIPES.....	68	PACK.....	9	<i>lessina</i>	119
<i>ivermectin</i>	31	KLISYRI.....	68	<i>letrozole</i>	10
IXEMPRA.....	9	<i>klor-con m10</i>	183	<i>leucovorin calcium</i>	98
IXIARO (PF).....	88	<i>klor-con m15</i>	183	LEUKERAN.....	10
<i>jaimiess</i>	118	<i>klor-con m20</i>	183	LEUKINE.....	187
JAKAFI.....	9	KLOXXADO.....	19	<i>leuprolide</i>	10
<i>jantoven</i>	186	KORLYM.....	23	<i>levetiracetam</i>	126
JARDIANCE.....	22	KOSELUGO.....	9, 10	<i>levobunolol</i>	92
<i>jasmiel (28)</i>	118	<i>kosher prenatal plus iron</i>	192	<i>levocarnitine</i>	98
JEMPERLI.....	9	KRINTAFEL.....	31	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	98
<i>jencycla</i>	118	KRYSTEXXA.....	189	<i>levocetirizine</i>	134
JENTADUETO.....	22	<i>kurvelo (28)</i>	118	<i>levofloxacin</i>	93, 97, 113
JENTADUETO XR.....	22, 23	KYNMOBI.....	32	<i>levofloxacin in d5w</i>	113
<i>jinteli</i>	76	KYPROLIS.....	10	<i>levoleucovorin calcium</i>	98
<i>juleber</i>	118	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i> ... 118		<i>levonest (28)</i>	119
JULUCA.....	137	<i>labetalol</i>	43	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ... 119	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	118	<i>lacosamide</i>	126	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ... 119	
<i>junel 1/20 (21)</i>	118	<i>lactulose</i>	72	<i>levora-28</i>	119
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	118	<i>lagevrio (eua)</i>	141	<i>levothyroxine</i>	75
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	118	<i>lamivudine</i>	137	LEXIVA.....	137
<i>junel fe 24</i>	118	<i>lamivudine-zidovudine</i>	137	LIBTAYO.....	10
JUXTAPID.....	48	<i>lamotrigine</i>	126	<i>lidocaine</i>	105
JYNARQUE.....	50	<i>lanreotide</i>	79	<i>lidocaine (pf)</i>	42, 105

<i>lidocaine hel</i>	105	LUPRON DEPOT.....	79	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	57
<i>lidocaine viscous</i>	105	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	10, 79	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	57
<i>lidocaine-prilocaine</i>	105	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	11	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	57
<i>lillow (28)</i>	119	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	11	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	163
<i>linezolid</i>	108	LUPRON DEPOT-PED.....	80	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	163
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	108	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	79	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	108	<i>lutra (28)</i>	120	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	163
LINZESS.....	72	LYBALVI.....	36	MAYZENT.....	57, 58
<i>liothyronine</i>	75	<i>lyleq</i>	120	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	58
LISCO.....	161	<i>lyllana</i>	77	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	58
<i>lisinopril</i>	51	LYNPARZA.....	11	<i>meclizine</i>	30
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	51	LYSODREN.....	11	<i>medroxyprogesterone</i>	81
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	161	<i>lyza</i>	120	<i>mefenamic acid</i>	102
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	161, 162	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	162, 163	<i>mefloquine</i>	31
<i>lithium carbonate</i>	57	MAGELLAN SYRINGE.....	162	<i>megestrol</i>	11, 81
LIVALO.....	48	<i>magnesium sulfate</i>	183	MEKINIST.....	11
<i>lojaimiess</i>	119	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	183	MEKTOVI.....	11
LOKELMA.....	72	<i>magnesium sulfate in water</i>	183	<i>meloxicam</i>	102
LONSURF.....	10	<i>malathion</i>	69	<i>memantine</i>	22
<i>loperamide</i>	72	<i>maprotiline</i>	130	MENACTRA (PF).....	89
<i>lopinavir-ritonavir</i>	137	<i>maraviroc</i>	137	MENQUADFI (PF).....	89
<i>lorazepam</i>	21	MARGENZA.....	11	MENVEO A-C-Y-W-135- DIP (PF).....	89
LORBRENA.....	10	<i>marlissa (28)</i>	120	MEPSEVII.....	189
<i>loryna (28)</i>	119	<i>marnatal-f</i>	192	<i>mercaptopurine</i>	11
<i>losartan</i>	46	MARPLAN.....	130	<i>meropenem</i>	109
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	46	MATULANE.....	11	<i>meropenem-0.9% sodium chloride</i>	109
LOTEMAX.....	96	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	57	<i>merzee</i>	120
LOTEMAX SM.....	96	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	57		
<i>loteprednol etabonate</i>	96	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	57		
<i>lovastatin</i>	48	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	57		
<i>low-ogestrel (28)</i>	119				
<i>loxapine succinate</i>	36				
<i>lo-zumandimine (28)</i>	119				
<i>lubiprostone</i>	72				
LUCEMYRA.....	20				
LUMAKRAS.....	10				
LUMIGAN.....	92				
LUMOXITI.....	10				

<i>mesalamine</i>	52	<i>minocycline</i>	114	MYRBETRIQ.....	74
<i>mesna</i>	98	<i>minoxidil</i>	52	<i>nabumetone</i>	102
MESNEX.....	98	<i>mirtazapine</i>	130	<i>nafcillin</i>	112
<i>metaproterenol</i>	63	<i>misoprostol</i>	70	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	112
<i>metformin</i>	23	MITIGARE.....	27	NAGLAZYME.....	190
<i>methadone</i>	103, 104	<i>mitoxantrone</i>	11	<i>naloxone</i>	20
<i>methadose</i>	104	M-M-R II (PF).....	89	<i>naltrexone</i>	20
<i>methenamine hippurate</i>	108	<i>m-natal plus</i>	192	NAMZARIC.....	22
<i>methimazole</i>	75	<i>modafinil</i>	55	<i>naproxen</i>	102
<i>methocarbamol</i>	191	<i>molindone</i>	36	NARCAN.....	20
<i>methotrexate sodium</i>	11	<i>mometasone</i>	66, 96	NATACYN.....	93
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11	<i>mondoxyne nl</i>	114	NATPARA.....	54
<i>methoxsalen</i>	68	MONJUVI.....	11	NAYZILAM.....	126
<i>methscopolamine</i>	72	MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	43
<i>methyl dopa</i>	41	SAFETY SYRING.....	164, 165	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	120
<i>methylphenidate hcl</i>	58	MONOJECT INSULIN		<i>nefazodone</i>	130
<i>methylprednisolone</i>	78	SYRINGE.....	164, 165	<i>neomycin</i>	107
<i>methylprednisolone acetate</i>	78	MONOJECT SYRINGE.....	164	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	93
<i>methylprednisolone sodium</i>		MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>succ</i>	78	COMFORT INSULIN.....	178	<i>polymyxin</i>	94
<i>metipranolol</i>	92	<i>mono-linyah</i>	120	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	69
<i>metoclopramide hcl</i>	72	<i>montelukast</i>	62	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metolazone</i>	50	<i>morphine</i>	104	<i>dexameth</i>	94
<i>metoprolol succinate</i>	43	MORPHINE.....	104	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	43	<i>morphine concentrate</i>	104	<i>gramicidin</i>	94
<i>metoprolol tartrate</i>	43	MOVANTIK.....	72	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	94
<i>metronidazole</i>	69, 106, 108	<i>moxifloxacin</i>	93, 113	<i>neo-polycin</i>	94
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	108	MOZOBIL.....	187	<i>neo-polycin hc</i>	94
<i>metyrosine</i>	46	MULPLETA.....	188	NEPHRAMINE 5.4 %.....	41
<i>mexiletine</i>	42	MULTAQ.....	42	NERLYNX.....	12
<i>miconazole-3</i>	133	<i>mupirocin</i>	69	NEULASTA.....	188
MICRODOT INSULIN PEN		MVASI.....	11	NEULASTA ONPRO.....	188
NEEDLE.....	163	<i>mycophenolate mofetil</i>	85	NEUPRO.....	32
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	120	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	85	<i>nevirapine</i>	137
<i>midodrine</i>	41	MYLOTARG.....	11	<i>newgen</i>	192
<i>miglustat</i>	190	<i>mynatal</i>	192	NEXLETOL.....	48
<i>mili</i>	120	<i>mynatal advance</i>	192	NEXLIZET.....	48
<i>mimvey</i>	77	<i>mynatal plus</i>	192	<i>niacin</i>	48
MINI ULTRA-THIN II.....	164	<i>mynatal-z</i>	192	<i>nicardipine</i>	47
<i>minitran</i>	52	<i>mynate 90 plus</i>	192	NICOTROL.....	20

<i>nifedipine</i>	47	NOVOLIN N NPH U-100	OGIVRI.....	12
<i>nikki (28)</i>	120	INSULIN.....	<i>olanzapine</i>	36, 37
<i>nilutamide</i>	12	NOVOLIN R FLEXPEN.....	<i>olmesartan</i>	46
NINLARO.....	12	NOVOLIN R REGULAR U-	<i>olmesartan-</i>	
<i>nitazoxanide</i>	31	100 INSULN.....	<i>hydrochlorothiazide</i>	46
<i>nitisinone</i>	190	NOVOLOG FLEXPEN U-	<i>olopatadine</i>	97
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	108	100 INSULIN.....	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	48
<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>		NOVOLOG MIX 70-30 U-	<i>omeprazole</i>	71
<i>cryst</i>	108	100 INSULN.....	<i>omeprazole-sodium</i>	
<i>nitroglycerin</i>	52	NOVOLOG MIX 70-	<i>bicarbonate</i>	71
NITYR.....	190	30FLEXPEN U-100.....	OMNIPOD 5 G6 INTRO	
<i>niva-plus</i>	192	NOVOLOG PENFILL U-100	KIT (GEN 5).....	165
NIVESTYM.....	188	INSULIN.....	OMNIPOD 5 G6 PODS	
<i>nizatidine</i>	71	NOVOLOG U-100 INSULIN	(GEN 5).....	165
NORDITROPIN FLEXPEN.....	80	ASPART.....	OMNIPOD CLASSIC PDM	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	120	NOVOTWIST.....	KIT(GEN 3).....	165
<i>norethindrone acetate</i>	81	NOXAFIL.....	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NUBEQA.....	(GEN 3).....	165
.....	77, 120	NUCALA.....	OMNIPOD DASH INTRO	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	120	NULOJIX.....	KIT (GEN 4).....	165
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>		NUPLAZID.....	OMNIPOD DASH PDM	
.....	120, 121	NURTEC ODT.....	KIT (GEN 4).....	165
<i>norlyda</i>	121	NUTRILIPID.....	OMNIPOD DASH PODS	
NORMOSOL-M IN 5%		<i>nyamyc</i>	(GEN 4).....	165
DEXTROSE.....	183	<i>nylia 1/35 (28)</i>	ONCASPAR.....	12
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	121	<i>nylia 7/7 (28)</i>	<i>ondansetron</i>	30
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	121	<i>nymyo</i>	<i>ondansetron hcl</i>	30
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	121	<i>nystatin</i>	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	30
<i>nortrel 7/7 (28)</i>	121	<i>nystop</i>	ONIVYDE.....	12
<i>nortriptyline</i>	130	NYVEPRIA.....	ONTRUZANT.....	12
NORVIR.....	137	<i>obstetrix dha</i>	ONUREG.....	12
NOVOFINE 30.....	165	<i>o-cal prenatal</i>	OPDIVO.....	12
NOVOFINE 32.....	165	OICALIVA.....	OPDUALAG.....	12
NOVOFINE PLUS.....	165	OCREVUS.....	OPSUMIT.....	100
NOVOLIN 70/30 U-100		OCTAGAM.....	<i>oralone</i>	64
INSULIN.....	25	<i>octreotide acetate</i>	ORFADIN.....	190
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		ODEFSEY.....	ORGOVYX.....	80
U-100.....	25	ODOMZO.....	ORILISSA.....	80
NOVOLIN N FLEXPEN.....	25	OFEV.....	ORKAMBI.....	60
		<i>ofloxacin</i>	ORLADEYO.....	188

<i>orsythia</i>	121	<i>penicillin g potassium</i>	112	<i>pnv-ferrous fumarate-docu-fa</i>	192
<i>oseltamivir</i>	140	<i>penicillin g procaine</i>	112	<i>pnv-omega</i>	193
OSMOLEX ER.....	32, 33	<i>penicillin v potassium</i>	112, 113	<i>pnv-vp-u</i>	193
<i>oxandrolone</i>	75	PENTACEL (PF).....	89	<i>podofilox</i>	68
<i>oxcarbazepine</i>	126	<i>pentamidine</i>	31	POLIVY.....	13
OXLUMO.....	99	PENTIPS.....	166	<i>polycin</i>	94
OXTELLAR XR.....	126	<i>pentoxifylline</i>	187	<i>polymyxin b sulfate</i>	108
<i>oxybutynin chloride</i>	74	PEPAXTO.....	12	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	94
<i>oxycodone</i>	104	<i>perindopril erbumine</i>	51	POMALYST.....	13
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	104	<i>periogard</i>	64	<i>portia 28</i>	121
<i>oxycodone-aspirin</i>	104	<i>permethrin</i>	69	PORTRAZZA.....	13
OXYCONTIN.....	104	<i>perphenazine</i>	37	<i>posaconazole</i>	133
OZEMPIC.....	23	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	131	<i>potassium chloride</i>	184
<i>pacerone</i>	42	PERSERIS.....	37	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	184
<i>paclitaxel protein-bound</i>	12	<i>pfizerpen-g</i>	113	<i>potassium citrate</i>	184
PADCEV.....	12	<i>phenelzine</i>	131	<i>pr natal 400</i>	193
<i>paliperidone</i>	37	<i>phenobarbital</i>	126	<i>pr natal 400 ec</i>	193
PALYNZIQ.....	190	<i>phenylephrine hcl</i>	42	<i>pr natal 430</i>	193
PANRETIN.....	68	<i>phenytoin</i>	126, 127	<i>pr natal 430 ec</i>	193
<i>pantoprazole</i>	71	<i>phenytoin sodium</i>	127	PRALUENT PEN.....	48
<i>paricalcitol</i>	54	<i>phenytoin sodium extended</i>	127	<i>pramipexole</i>	33
<i>paroex oral rinse</i>	64	PHESGO.....	13	<i>prasugrel</i>	187
<i>paromomycin</i>	31	<i>philith</i>	121	<i>pravastatin</i>	48
<i>paroxetine hcl</i>	130, 131	PHOSLYRA.....	73	<i>prazosin</i>	42
PAXLOVID (EUA).....	140	PIFELTRO.....	138	<i>prednicarbate</i>	66
PEDIARIX (PF).....	89	<i>pilocarpine hcl</i>	64, 92	<i>prednisolone</i>	78
PEDVAX HIB (PF).....	89	<i>pimecrolimus</i>	66	<i>prednisolone acetate</i>	96
<i>peg 3350-electrolytes</i>	73	<i>pimozide</i>	37	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	78, 96
PEGASYS.....	141	<i>pimtreea (28)</i>	121	<i>prednisone</i>	78, 79
<i>peg-electrolyte soln</i>	73	<i>pioglitazone</i>	23	<i>pregabalin</i>	127
PEGINTRON.....	141	PIP PEN NEEDLE.....	166	PREHEVBRIO (PF).....	89
PEMAZYRE.....	12	<i>piperacillin-tazobactam</i>	113	PREMARIN.....	77
<i>pemetrexed</i>	12	PIQRAY.....	13	PREMPHASE.....	77
<i>pemetrexed disodium</i>	12	<i>pirfenidone</i>	60	PREMPRO.....	77
PEN NEEDLE.....	157, 166, 168	<i>pirmella</i>	121	<i>prenal true</i>	193
PEN NEEDLE, DIABETIC	149, 150, 163, 164, 166, 168	PLASMA-LYTE 148.....	184	<i>renaissance</i>	193
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	169	PLASMA-LYTE A.....	184	<i>renaissance plus</i>	193
<i>penicillamine</i>	106	PLEGRIDY.....	58	<i>renatabs fa</i>	193
		<i>pnv 29-1</i>	192		
		<i>pnv-dha + docusate</i>	192		

<i>prenatal 19</i>	193	<i>progesterone</i>	81	RADICAVA.....	59
<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ...	193	<i>progesterone micronized</i>	81	<i>raloxifene</i>	77
<i>prenatal low iron</i>	193	PROGRAF.....	85	<i>ramipril</i>	51
<i>prenatal plus</i>	193	PROLASTIN-C.....	60	<i>ranolazine</i>	46
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	193	PROLENSA.....	96	<i>rasagiline</i>	33
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	193	PROLEUKIN.....	13	RASUVO (PF).....	85
<i>prenatal-u</i>	193	PROLIA.....	54	RAVICTI.....	72
<i>preplus</i>	193	PROMACTA.....	188	RAYALDEE.....	54
<i>pretab</i>	193	<i>promethazine</i>	30, 134	<i>reclipsen (28)</i>	121
PRETOMANID.....	134	<i>promethegan</i>	30	RECOMBIVAX HB (PF).....	90
<i>prevalite</i>	48	<i>propafenone</i>	42	RECTIV.....	99
PREVENT DROPSAFE		<i>proparacaine</i>	97	RELENZA DISKHALER...	140
PEN NEEDLE.....	166, 167	<i>propranolol</i>	43, 44	RELEUKO.....	188
<i>previfem</i>	121	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	44	RELION NEEDLES.....	168
PREVYMIS.....	140	<i>propylthiouracil</i>	75	RELION PEN NEEDLES...	168
PREZCOBIX.....	138	PROQUAD (PF).....	89	<i>repaglinide</i>	23
PREZISTA.....	138	PROSOL 20 %.....	41	REPATHA PUSHTRONEX..	49
PRIFTIN.....	134	<i>protamine</i>	185	REPATHA SURECLICK.....	49
PRIMAQUINE.....	31	<i>protriptyline</i>	131	REPATHA SYRINGE.....	49
<i>primidone</i>	127	PULMOZYME.....	190	RESTASIS.....	96
PRIORIX (PF).....	89	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE.....	96
PRIVIGEN.....	85	ALCOHOL PADS.....	68	RETACRIT.....	188, 189
PRO COMFORT		PURE COMFORT PEN		RETEVMO.....	13
ALCOHOL PADS.....	68	NEEDLE.....	167, 168	RETROVIR.....	138
PRO COMFORT INSULIN		<i>purefe ob plus</i>	193	REVCOVI.....	190
SYRINGE.....	167	<i>purefe plus</i>	193	REVLIMID.....	13
PRO COMFORT PEN		PURIXAN.....	13	<i>revonto</i>	191
NEEDLE.....	167	<i>pyrazinamide</i>	134	REXULTI.....	37
<i>probenecid</i>	27	<i>pyridostigmine bromide</i>	99	REYATAZ.....	138
<i>probenecid-colchicine</i>	27	<i>pyrimethamine</i>	31	REZUROCK.....	85
<i>procainamide</i>	42	QINLOCK.....	13	RHOPRESSA.....	92
PROCALAMINE 3%.....	41	QUADRACEL (PF).....	90	RIABNI.....	13
<i>prochlorperazine</i>	30	<i>quetiapine</i>	37	<i>ribavirin</i>	142
<i>prochlorperazine edisylate</i>	30	<i>quinapril</i>	51	RIDAURA.....	85
<i>prochlorperazine maleate</i>	30	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	51	<i>rifabutin</i>	134
<i>procto-med hc</i>	66	<i>quinidine sulfate</i>	42	<i>rifampin</i>	134
<i>proctosol hc</i>	66	<i>quinine sulfate</i>	31	<i>rilpivirine</i>	138
<i>proctozone-hc</i>	66	QULIPTA.....	28	<i>riluzole</i>	59
PRODIGY INSULIN		RABAVERT (PF).....	90	<i>rimantadine</i>	140
SYRINGE.....	167	<i>rabeprazole</i>	71	RINVOQ.....	85

<i>risedronate</i>	54	<i>select-ob (folic acid)</i>	194	<i>sorine</i>	44
RISPERDAL CONSTA.....	37	<i>selegiline hcl</i>	33	<i>sotalol</i>	44
<i>risperidone</i>	37, 38	<i>selenium sulfide</i>	69	<i>sotalol af</i>	44
<i>ritonavir</i>	138	SELZENTRY.....	138	SPIRIVA RESPIMAT.....	63
RITUXAN.....	14	<i>se-natal 19 chewable</i>	194	SPIRIVA WITH	
RITUXAN HYCELA.....	13	SEREVENT DISKUS.....	63	HANDIHALER.....	63
<i>rivastigmine</i>	22	SEROSTIM.....	80	<i>spironolactone</i>	50
<i>rivastigmine tartrate</i>	22	<i>sertraline</i>	131	SPRAVATO.....	131
<i>rizatriptan</i>	28	<i>setlakin</i>	121	<i>sprintec (28)</i>	122
<i>r-natal ob</i>	194	<i>sevelamer carbonate</i>	73	SPRITAM.....	127
ROCKLATAN.....	92	<i>sevelamer hcl</i>	73	SPRYCEL.....	14
<i>ropinirole</i>	33	<i>sf 5000 plus</i>	64	<i>sps (with sorbitol)</i>	72
<i>rosadan</i>	69	<i>sharobel</i>	121	<i>sronyx</i>	122
<i>rosuvastatin</i>	49	SHINGRIX (PF).....	90	<i>ssd</i>	69
ROTARIX.....	90	SIGNIFOR.....	80	<i>stavudine</i>	138
ROTATEQ VACCINE.....	90	SIKLOS.....	185	STELARA.....	86
ROZLYTREK.....	14	<i>sildenafil</i>	100	STERILE PADS.....	169
RUBRACA.....	14	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	100	STIOLTO RESPIMAT.....	63
<i>rufinamide</i>	127	<i>silver sulfadiazine</i>	69	STIVARGA.....	14
RUKOBIA.....	138	SIMBRINZA.....	92	STRENSIQ.....	190
RUXIENCE.....	14	<i>simliya (28)</i>	122	<i>streptomycin</i>	107
RYBELSUS.....	23	<i>simpesse</i>	122	STRIBILD.....	138
RYBREVANT.....	14	<i>simvastatin</i>	49	STRIVERDI RESPIMAT.....	64
RYDAPT.....	14	<i>sirolimus</i>	85	SUBLOCADE.....	20
SAFESNAP INSULIN		SIRTURO.....	134	<i>subvenite</i>	127
SYRINGE.....	168, 169	SKYRIZI.....	85, 86	<i>sucalfate</i>	71
SAFETY PEN NEEDLE.....	169	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	184	<i>sulfacetamide sodium</i>	94
<i>sajazir</i>	46	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	184, 185	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	69
SANDOSTATIN LAR		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	64	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	95
DEPOT.....	80	<i>sodium phenylbutyrate</i>	72	<i>sulfadiazine</i>	113
SANTYL.....	68	<i>sodium polystyrene (sorb free)</i>	72	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>sapropterin</i>	190	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	72	<i>trimethoprim</i>	113, 114
SARCLISA.....	14	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	73	<i>sulfasalazine</i>	52, 53
SAVELLA.....	59	SOLQUA 100/33.....	26	<i>sulindac</i>	102
SCSEMBLIX.....	14	SOLTAMOX.....	14	<i>sumatriptan</i>	28
<i>scopolamine base</i>	30	SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan succinate</i>	28
SECUADO.....	38	VIAL (PF).....	79	<i>sunitinib</i>	14
SECURESAFE PEN		SOMATULINE DEPOT..	80, 81	SUNOSI.....	55
NEEDLE.....	169	SOMAVERT.....	81	SUPPRELIN LA.....	81
<i>select-ob</i>	194	<i>sorafenib</i>	14		

SUPREP BOWEL PREP KIT..... 73	TALZENNA..... 15	<i>tetrabenazine</i> 59
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS..... 68	<i>tamoxifen</i>.....15	<i>tetracycline</i> 114
SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....169	<i>tamsulosin</i>.....74	THALOMID..... 99
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE....169, 170	<i>tarina 24 fe</i>.....122	<i>theophylline</i> 64
SURE COMFORT PEN NEEDLE..... 170	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>.....122	THINPRO INSULIN
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....169	<i>taron-c dha</i>.....194	SYRINGE..... 172, 173
SURE-FINE PEN NEEDLES..... 170	<i>taron-prex prenatal-dha</i> 194	THIOLA EC..... 74
SURE-JECT INSULIN SYRINGE..... 170, 171	TASIGNA..... 15	<i>thioridazine</i>.....38
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS..... 68	TAVALISSE..... 185	<i>thiotepa</i>.....15
SUTAB..... 73	<i>tazarotene</i>.....70	<i>thiothixene</i>.....38
<i>syeda</i>.....122	TAZORAC..... 70	<i>tiadylt er</i>.....44
SYLVANT..... 14	<i>taztia xt</i>.....44	<i>tiagabine</i> 127
SYMBICORT.....62	TAZVERIK..... 15	TIBSOVO..... 15
SYMDEKO..... 60	TDVAX.....90	TICE BCG..... 15
SYMLINPEN 120..... 23	TECENTRIQ..... 15	TICOVAC..... 91
SYMLINPEN 60..... 23	TECHLITE INSULIN	<i>tigecycline</i> 114
SYMPAZAN..... 127	SYRINGE..... 171, 172	<i>timolol maleate</i>.....44, 93
SYMTUZA..... 138	TECHLITE INSULN	<i>tiopronin</i> 74
SYNAGIS..... 140	SYR(HALF UNIT)..... 171	TIVDAK.....15
SYNAREL..... 81	TECHLITE PEN NEEDLE. 172	TIVICAY..... 139
SYNERCID..... 108	TEFLARO..... 110	TIVICAY PD..... 139
SYNJARDY..... 24	<i>telmisartan</i>.....46	<i>tizanidine</i> 191
SYNJARDY XR..... 24	<i>temazepam</i>.....21	TOBI PODHALER..... 107
SYNRIBO.....14	TEMIXYS..... 138	<i>tobramycin</i> 95, 107
TABLOID..... 14	TEMODAR..... 15	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>.....107
TABRECTA..... 14	TENIVAC (PF)..... 90	<i>tobramycin sulfate</i>.....107
<i>tacrolimus</i> 66, 86	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..138	<i>tobramycin-dexamethasone</i>.....95
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> 100	TEPEZZA.....97	<i>tolterodine</i>.....74
TAFINLAR.....15	TEPMETKO..... 15	TOPCARE CLICKFINE..... 173
TAGRISSE..... 15	<i>terazosin</i>.....74	TOPCARE ULTRA
TAKHZYRO.....99	<i>terbinafine hcl</i> 133	COMFORT..... 173
	<i>terbutaline</i>.....64	<i>topiramate</i> 127
	<i>terconazole</i>.....107	<i>toposar</i>.....15
	TERUMO INSULIN	<i>toremifene</i> 15
	SYRINGE..... 172	<i>torse mide</i> 50
	<i>testosterone</i> 75, 76	TOTECT.....99
	<i>testosterone cypionate</i> 75	TOUJEO MAX U-300
	<i>testosterone enanthate</i> 75	SOLOSTAR.....26
	TETANUS,DIPHThERIA	TOUJEO SOLOSTAR U-300
	TOX PED(PF).....91	INSULIN.....26

TRACLEER.....	100	TRINTELLIX.....	131	TYMLOS.....	54
TRADJENTA.....	24	<i>tri-nymyo</i>	122	TYPHIM VI.....	91
<i>tramadol</i>	104	<i>tri-previfem (28)</i>	122	TYSABRI.....	86
<i>tramadol-acetaminophen</i>	105	TRIPTODUR.....	81	TYVASO.....	100
<i>trandolapril</i>	51	<i>tri-sprintec (28)</i>	122	UBRELVY.....	29
<i>tranexamic acid</i>	185	TRIUMEQ.....	139	UCERIS.....	53
<i>tranylcypromine</i>	131	TRIUMEQ PD.....	139	UDENYCA.....	189
TRAVASOL 10 %.....	41	<i>triveen-duo dha</i>	194	ULTICARE.....	176, 177
<i>travoprost</i>	93	<i>triveen-prx rnf</i>	194	ULTICARE INSULIN	
TRAZIMERA.....	15	<i>trivora (28)</i>	123	SYRINGE.....	176
<i>trazodone</i>	131	<i>tri-vylibra</i>	123	ULTICARE INSULN	
TREANDA.....	16	<i>tri-vylibra lo</i>	123	SYR(HALF UNIT).....	176
TRECTOR.....	134	TRIZIVIR.....	139	ULTICARE PEN NEEDLE	176
TRELEGY ELLIPTA.....	64	TRODELVY.....	16	ULTICARE SAFETY PEN	
TRELSTAR.....	16	TROGARZO.....	139	NEEDLE.....	176
TREMFYA.....	86	TROPHAMINE 10 %.....	41	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>treprostinil sodium</i>	100	<i>trosipium</i>	74	INSULIN SYR.....	177
<i>tretinoin</i>	70	TRUE COMFORT		ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	16	ALCOHOL PADS.....	68	PEN NEEDLE.....	177
<i>tri femynor</i>	122	TRUE COMFORT		ULTILET ALCOHOL	
<i>tiamcinolone acetonide</i>		INSULIN SYRINGE.....	173	SWAB.....	68
.....	64, 66, 67, 79	TRUE COMFORT PEN		ULTILET INSULIN	
<i>tiamterene-hydrochlorothiazid</i>	50	NEEDLE.....	174	SYRINGE.....	160, 178
<i>trientine</i>	106	TRUE COMFORT PRO		ULTILET PEN NEEDLE....	178
<i>tri-estarylla</i>	122	ALCOHOL PADS.....	68	ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trifluoperazine</i>	38	TRUE COMFORT PRO INS		(HALF UNIT).....	158, 169, 175
<i>trifluridine</i>	95	SYRINGE.....	173, 174	ULTRA COMFORT	
<i>trihexyphenidyl</i>	33	TRUEPLUS INSULIN.....	175	INSULIN SYRINGE	
TRIJARDY XR.....	24	TRUEPLUS PEN NEEDLE		.....	153, 158, 178
TRIKAFTA.....	60	.....	174, 175	ULTRA FLO INSUL	
<i>tri-legest fe</i>	122	TRULICITY.....	24	SYR(HALF UNIT).....	178, 179
<i>tri-linyah</i>	122	TRUMENBA.....	91	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-lo-estarylla</i>	122	TRUSELTIQ.....	16	SYRINGE.....	179
<i>tri-lo-marzia</i>	122	TRUXIMA.....	16	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-mili</i>	122	TUKYSA.....	16	.....	179
<i>tri-lo-sprintec</i>	122	<i>tulana</i>	123	ULTRA THIN PEN	
<i>trilyte with flavor packets</i>	74	TURALIO.....	16	NEEDLE.....	179
<i>trimethoprim</i>	108	TWINRIX (PF).....	91	ULTRACARE INSULIN	
<i>tri-mili</i>	122	<i>tyblume</i>	123	SYRINGE.....	179, 180
<i>trimipramine</i>	131	TYBOST.....	99		

ULTRACARE PEN		VARIVAX (PF).....	91	<i>virt-pn dha</i>	194
NEEDLE.....	180	VASCEPA.....	49	<i>virt-pn plus</i>	194
ULTRA-THIN II (SHORT)		VEKLURY.....	142	VISTOGARD.....	99
INS SYR.....	180	VELCADE.....	16	<i>vitafol gummies</i>	194
ULTRA-THIN II (SHORT)		<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	123	<i>vitafol nano</i>	194
PEN NDL.....	181	VELPHORO.....	73	<i>vitafol-ob+dha</i>	194
ULTRA-THIN II INS PEN		VEMLIDY.....	139	VITRAKVI.....	17
NEEDLES.....	181	<i>vena-bal dha</i>	194	<i>viva dha</i>	194
ULTRA-THIN II INSULIN		VENCLEXTA.....	16, 17	VIZIMPRO.....	17
SYRINGE.....	180	VENCLEXTA STARTING		VOCABRIA.....	139
UNIFINE PEN NEEDLE....	181	PACK.....	17	<i>vol-nate</i>	194
UNIFINE PENTIPS.....	166, 181	<i>venlafaxine</i>	131	<i>volnea (28)</i>	123
UNIFINE PENTIPS		<i>verapamil</i>	45	<i>vol-tab rx</i>	195
MAXFLOW.....	181	VERIFINE PEN NEEDLE..	182	VONJO.....	17
UNIFINE PENTIPS PLUS		VERSACLOZ.....	38	<i>voriconazole</i>	133
.....	181, 182	VERSALON.....	182	VOSEVI.....	140
UNIFINE PENTIPS PLUS		VERZENIO.....	17	VOTRIENT.....	17
MAXFLOW.....	181	<i>vestura (28)</i>	123	<i>vp-ch plus</i>	195
UNIFINE SAFECONTROL	182	V-GO 20.....	182	<i>vp-ch-pnv</i>	195
UNIFINE ULTRA PEN		V-GO 30.....	182	<i>vp-ggr-b6</i>	195
NEEDLE.....	182	V-GO 40.....	183	<i>vp-pnv-dha</i>	195
UNITUXIN.....	16	VICTOZA.....	24	VPRIV.....	190
UPTRAVI.....	100, 101	<i>vienna</i>	123	VRAYLAR.....	38
<i>ursodiol</i>	72, 73	<i>vigabatrin</i>	128	VUMERITY.....	59
<i>valacyclovir</i>	142	<i>vigadrone</i>	128	<i>vyfemla (28)</i>	123
VALCHLOR.....	68	VIIBRYD.....	131	<i>vylibra</i>	123
<i>valganciclovir</i>	142	<i>vilazodone</i>	131	VYNDAMAX.....	46
<i>valproate sodium</i>	127	VIMIZIM.....	190	VYNDAQEL.....	46
<i>valproic acid</i>	128	VIMPAT.....	128	VYXEOS.....	17
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	128	<i>vinate care</i>	194	<i>warfarin</i>	186
<i>valrubicin</i>	16	<i>vinate gt</i>	194	WEBCOL.....	68
<i>valsartan</i>	47	<i>vinate ii</i>	194	WELIREG.....	17
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	47	<i>vinate ultra</i>	194	<i>wera (28)</i>	123
VALTOCO.....	128	<i>vinorelbine</i>	17	XADAGO.....	33
<i>vancomycin</i>	108	<i>viorele (28)</i>	123	XALKORI.....	17
VANISHPOINT INSULIN		VIRACEPT.....	139	XARELTO.....	186, 187
SYRINGE.....	182	VIREAD.....	139	XARELTO DVT-PE TREAT	
VANISHPOINT SYRINGE.	182	<i>virt-c dha</i>	194	30D START.....	186
VAQTA (PF).....	91	<i>virt-nate dha</i>	194	XATMEP.....	17
<i>varenicline</i>	20	<i>virt-pn</i>	194	XCOPRI.....	128

XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	128	<i>zenatane</i>	69
XCOPRI TITRATION PACK.....	128	ZENPEP	191
XELJANZ.....	86	ZEPZELCA.....	18
XELJANZ XR.....	86	<i>zidovudine</i>	139
XERMELO.....	73	<i>zingiber</i>	195
XGEVA.....	54	<i>ziprasidone hcl</i>	38
XHANCE.....	96	<i>ziprasidone mesylate</i>	38
XIFAXAN.....	109	ZIRABEV	18
XIGDUO XR.....	24	ZIRGAN.....	95
XIIDRA.....	96	ZOLADEx.....	19
XOFLUZA.....	141	<i>zoledronic acid</i>	54
XOLAIR.....	60, 61	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	54
XOSPATA.....	17	ZOLINZA.....	19
XPOVIO.....	17, 18	<i>zolpidem</i>	55
XTAMPZA ER.....	105	<i>zonisamide</i>	128
XTANDI.....	18	ZORBTIVE.....	81
<i>xulane</i>	123	<i>zovia 1-35 (28)</i>	123
XULTOPHY 100/3.6.....	26	ZTLIDO.....	105
XURIDEN.....	99	ZULRESSO.....	131
XYOSTED.....	76	<i>zumandimine (28)</i>	123
XYREM.....	55	ZYDELIG.....	19
YERVOY.....	18	ZYKADIA.....	19
YF-VAX (PF).....	91	ZYLET.....	95
YONDELIS.....	18	ZYNLONTA.....	19
YONSA.....	18	ZYPREXA RELPREVV.....	38
<i>yuvafem</i>	77		
<i>zafemy</i>	123		
<i>zafirlukast</i>	62		
<i>zaleplon</i>	55		
<i>zarah</i>	123		
ZARXIO.....	189		
<i>zatean-pn dha</i>	195		
<i>zatean-pn plus</i>	195		
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR.....	99		
ZEGALOGUE SYRINGE.....	99		
ZEJULA.....	18		
ZELBORAF.....	18		