



Formulario 2022

(Lista de Medicamentos Cubiertos)

Bright Advantage Dual Access (HMO D-SNP)

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

ID 22098 del Archivo del Formulario aprobado por HPMS, Número de versión 16.

Este formulario se actualizó el 12/01/2022.

Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros en Bright HealthCare al 1-833-726-0667 o, para usuario de TTY debe marcar 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.BrightHealthPlan.com/Medicare.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluya los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Bright HealthCare. Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, significa Bright HealthCare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan actualizada al 12/01/2022. Para ver un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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 o el coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2021, y cada cierto tiempo durante el año.

¿Qué es el Formulario de Bright HealthCare?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Bright HealthCare en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con medicamentos recetados que se cree son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Bright HealthCare cubrirá los medicamentos descritos en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se surta en una farmacia de la red de Bright HealthCare y se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información acerca de cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios a la cobertura de medicamentos tendrá lugar el 1.º de enero, pero Bright HealthCare 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 verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, 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 está tomando ese medicamento de marca, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio, pero después le proporcionaremos información acerca del cambio específico que hicimos.
 - Si hacemos tal cambio, 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 Bright HealthCare?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o 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 genérico 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.
 - 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 Bright HealthCare?”.

Cambios que no lo afectarán 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 12/01/2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Bright HealthCare, 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.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas de buscar su medicamento en el formulario:

Afección médica

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas que se utilizan para el tratamiento. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección del corazón aparecen en la categoría “Cardiovascular”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza a continuación. Luego busque en el nombre de la categoría de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se incluyen en el Índice. 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.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Bright HealthCare cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), 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:** Bright HealthCare requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Bright HealthCare antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, Bright HealthCare podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** en ciertos medicamentos, Bright HealthCare limita la cantidad del medicamento que cubre Bright HealthCare. Por ejemplo, Bright HealthCare 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, Bright HealthCare 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, Bright HealthCare podría no cubrir el medicamento B a menos que primero intente usar el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Bright HealthCare cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales revise el formulario que comienza en la página 1 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 Bright HealthCare 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 Bright HealthCare” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿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 Bright HealthCare no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Bright HealthCare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Bright HealthCare.
- Puede solicitar a Bright HealthCare 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 Bright HealthCare?

Puede solicitar a Bright HealthCare 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, Bright HealthCare 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, Bright HealthCare 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

Y0127_-MA-MARC-5975_C

MA22_101589_01

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.

Más información

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Bright HealthCare, consulte la Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Bright HealthCare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Formulario de Bright HealthCare

El formulario a continuación proporciona información de cobertura sobre los medicamentos que cubre Bright HealthCare. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice, que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos con nombre de marca están en mayúsculas (por ej., TRADJENTA) y los medicamentos genéricos están en minúsculas (por ej., celecoxib).

La información en la columna de Requisitos/Límites indica si Bright HealthCare tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Los planes de Bright HealthCare son planes HMO y PPO con un contrato con Medicare. El plan D-SNP de New York de Bright HealthCare es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de New York. Nuestros planes son emitidos a través de Bright HealthCare Insurance Company o una de sus afiliadas. Bright HealthCare Insurance Company es una compañía de seguros de vida y salud de Colorado que emite productos de indemnización, incluidos los planes EPO ofrecidos a través de Medicare Advantage. Una EPO es un plan de organización de proveedores exclusivos que puede estar registrado en una licencia HMO en algunos estados y en una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, incluido Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Formulario

Lo siguiente se puede encontrar en las columnas “Nivel” o “Requisitos/Límites” de la lista de medicamentos Formulary:

Abreviatura	Descripción	Explicación
Nivel del Medicamento		
1	Nivel 1	Genéricos Preferidos
2	Nivel 2	Genéricos
3	Nivel 3	De marca Preferidos
4	Nivel 4	Medicamentos No Preferidos (de marca y genéricos)
5	Nivel 5	De Especialidad
6	Nivel 6	Medicamentos de Atención Selecta
Restricciones de Gestión de la Utilización		
PA	Restricción de Autorización Previa	Usted (o el doctor que le prescribe el medicamento) debe obtener autorización de Bright HealthCare™ antes de surtir esta receta médica. Sin aprobación previa, Bright HealthCare podría no cubrir este medicamento.
PA BvD	Parte D vs. Parte B Solamente	Este medicamento puede ser elegible para el pago bajo la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o el doctor que se lo prescribe) debe obtener una autorización previa de Bright HealthCare™ para determinar que este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir esta receta de médica. Sin aprobación previa, Bright HealthCare podría no cubrir este medicamento.
PA NSO	Restricción de Autorización Previa solo para Nuevos Inicios	Si usted es miembro nuevo o si no ha tomado antes este medicamento, usted (o el doctor que se lo prescribe) debe obtener autorización previa de Bright HealthCare™ antes de surtir esta receta médica. Sin aprobación previa, Bright HealthCare podría no cubrir este medicamento.

Abreviatura	Descripción	Explicación
QL	Restricción de Límite de Cantidad	Bright HealthCare™ limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta médica, o dentro de un marco de tiempo específico.
ST	Restricción de Terapia de Pasos	Antes de que Bright HealthCare™ le proporcione cobertura para este medicamento, primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su afección. Este medicamento solo puede estar cubierto si otros medicamentos no le funcionan.
Otros Requisitos Especiales para Cobertura		
EX	Medicamento Excluido de la Parte D	Este medicamento recetado generalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, lo que paga no le ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si usted está recibiendo Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.
LA	Medicamento de Acceso Limitado	Este medicamento puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicio a Miembros al 833-726-0667, las 24 horas del día, los 365 días del año. Para TTY/TDD, marque 711.
GC	Intervalo sin Cobertura	Proporcionamos cobertura de este medicamento en la etapa de intervalo sin cobertura. Consulte nuestra Evidencia de Cobertura para ver más detalles sobre esta cobertura.
NM	Medicamento que No es para Pedidos por Correo	Usted puede recibir más de un suministro para 1 mes de la mayoría de los medicamentos en su lista Formulary con el servicio de pedidos por correo a un costo compartido reducido. Los medicamentos que <u>no</u> están disponibles para pedido por correo se indican con “NM” en la columna Requisitos/Límites de su lista Formulary.
NDS	Suministro de Días No Extendido	Bright HealthCare™ limita estos medicamentos que están cubiertos dentro de un marco de tiempo específico. <i>(Suministro para 30 días en farmacia minorista y suministro para 31 días en Atención a Largo Plazo).</i>
CB	Beneficio Limitado	Este medicamento es parte de un Beneficio Limitado
SI	Insulinas Selectas	Esta insulina es parte del Programa Modelo de Ahorros para Adultos Mayores (Senior Savings Model Program), que reduce el costo de ciertas insulinas hasta y durante la etapa de intervalo sin cobertura.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	16
Agentes Antiansiedad	17
Agentes Antidemencia	18
Agentes Antidiabetico	18
Agentes Antigota	22
Agentes Antimigraña	22
Agentes Antinausea	23
Agentes Antiparasitarios	24
Agentes Antiparkinson	25
Agentes Antipsicóticos	26
Agentes Calóricos	30
Agentes Cardiovasculares	32
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	39
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	40
Agentes De Trastorno De Sueño	41
Agentes Del Sistema Nervioso Central	41
Agentes Del Tracto Respiratorio	44
Agentes Dentales Y Orales	48
Agentes Dermatológicos	48
Agentes Gastrointestinales	52
Agentes Genitourinarios	55
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	55
Agentes Inmunológicos	60
Agentes Oftálmicos	67
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	68
Agentes Terapeuticos Misceláneos	72
Agentes Vasodilatadores	73
Analgésicos	74
Anestésicos	77
Antagonistas De Metales Pesados	78
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	78
Antibacterianos	78
Anticonceptivos	83
Anticonvulsivos	90
Antidepresivos	93

Antifúngicos.....	95
Antihistamínicos.....	97
Antimicobacteriales.....	97
Antivirales (Sitémico).....	97
Dispositivos.....	103
Preparaciones De Reemplazo.....	134
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	136
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	139
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	140
Vitaminas Y Minerales.....	140

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	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>	2	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	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	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>	1	GC
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	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
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>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	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>	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i>	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	2	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	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>	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>	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>	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	3	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	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 SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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>	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
PEPAXTO INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i>	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>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	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>	5	NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i>	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 168 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	5	NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	3	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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>	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	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	3	QL (336 per 365 days)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	5	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	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, 1 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11) - 1 mg (42)</i>	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	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>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	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, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc 5 mg/ml</i>	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>	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>	1	GC; 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>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	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>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	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	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	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>	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>	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>	4	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	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>	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)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	3	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	SI; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	SI; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	SI; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	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, 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 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)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	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, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
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>	4	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)-80 mg (2)</i>	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	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>	4	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	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>	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	4	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 50 mg</i>	4	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i>	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>	3	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	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>	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>	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i>	3	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 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
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	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>	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>	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	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)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 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>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 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i>	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)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 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>clozapine oral tablet 100 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	3	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i>	3	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i>	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
<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 (1 ml), 50 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 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)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 10 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
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>	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 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 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ziprasidone mesylate intramuscular 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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	2	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	4	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	4	PA BvD
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 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>	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	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	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	3	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	4	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	GC
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>pacerone oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 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>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1	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>	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, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 420 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	2	
<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>	4	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
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>	2	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxin 250 mcg tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	1	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>	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAREL 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>	6	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	6	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	6	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	6	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	6	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 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>	6	GC
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 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
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
Dislipidémicos		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	2	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	3	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	3	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	4	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg</i>	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	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>	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i>	2	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 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	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>	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>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	6	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 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>	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	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>	6	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	6	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	4	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	4	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i>	2	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 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>	3	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release 3 mg</i>	4	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i>	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram, 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i>	4	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	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 De Enfermedad Osea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	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>	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i>	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	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>	2	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 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>	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, 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>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	4	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	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>	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	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>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5	PA; 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>	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>	3	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	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)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	4	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(drlec) 120 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(drlec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(drlec) 240 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>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, 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i>	2	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	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, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	2	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUTY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	3	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	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)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30.6 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antileucotrinós		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	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>	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	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>	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	1	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i>	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	GC
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	2	

Agentes Dermatológicos

Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos

<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone 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>	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>	2	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i>	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>	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %, 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>	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>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	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>	2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	4	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	2	
BD SINGLE USE SWAB	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	4	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	2	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	QL (24 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IV ANTISEPTIC WIPES	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	1	GC
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	1	GC
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i>	2	
<i>ery pads topical swab 2 %</i>	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	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>	4	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i>	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i>	4	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i>	4	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i>	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>	4	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ssd topical cream 1 %</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	4	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i>	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	2	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i>	4	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i>	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i>	4	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	4	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Acidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(drlec) 20 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(drlec) 40 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i>	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i>	3	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	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, 40 mg</i>	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(drlec) 15 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule,delayed release(drlec) 30 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule,delayed release(drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i>	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	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>	4	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	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>	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	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>	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
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>	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, 500 mg</i>	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>	5	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	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>	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
<i>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i>	2	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	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>	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>	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, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	4	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 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>	3	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (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>	2	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	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>	2	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	2	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>	2	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	GC
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln 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), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	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
<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>	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>	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>	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	5	NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPPO 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 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	3	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 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 SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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) intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i>	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX (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>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	3	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	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
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg</i>	4	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i>	3	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
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>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	4	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	2	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i>	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	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DENGVAIXA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOIN INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los 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 %	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	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 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	4	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	4	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	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>	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>	2	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	2	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	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>	2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	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>	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>	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>	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/lactuation</i>	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 0.5 %</i>	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i>	4	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/lactuation</i>	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	2	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	4	
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	2	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	4	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	4	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i>	5	NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	4	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 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	
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>	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i>	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>	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC; EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i>	3	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i>	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i>	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>	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, 500 mg</i>	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	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>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i>	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>	2	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	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)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; 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
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr</i>	3	QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr</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>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	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)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	QL (300 per 30 days)
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>	2	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	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, 5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet, oral only, ext. rel. 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	2	QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	3	QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl sdv, plf 10 mg/ml (1 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i>	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>	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>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>clovique oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i>	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram, 500 mg</i>	2	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY) 1,000 MG	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	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>	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i>	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>	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), 150 mg/ml</i>	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i>	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	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>	3	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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>	4	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	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	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>cefoxitin 1 gm piggyback bag 1 gram/50 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>cefboxitin 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>	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>	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	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, 400 mg/5 ml</i>	4	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 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>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, 600-42.9 mg/5 ml</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 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>	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>	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	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 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>	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>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	1	GC
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los 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>	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	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>	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>dasetta 7/17 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinet oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	4	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	4	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	2	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	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>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	2	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	1	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>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	1	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	2	QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	GC
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	2	
<i>tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</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>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	1	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	1	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>	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	2	
<i>violele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	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>	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 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
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	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>	4	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	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, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i>	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	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>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	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>	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>	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	4	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	2	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	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
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>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	4	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	5	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	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>	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>	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	3	QL (200 per 5 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	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
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
<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>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	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>	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)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	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>	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, 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	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>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	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>	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i>	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 besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	3	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	NM; NDS
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	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>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>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>	4	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	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>	2	
<i>ketconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	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>	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>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	3	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>ciproheptadine 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	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i>	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, 400 mg</i>	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>	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i>	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>	4	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	5	NM; NDS
APRETUDE 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, 200 mg, 300 mg</i>	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), 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	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
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>	3	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	5	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	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
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>	4	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	4	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i>	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	3	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	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
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-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
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>	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>	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	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>	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i>	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; 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, 400-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	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>	4	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i>	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i>	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID (EUA) ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	4	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID (EUA) ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	4	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i>	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
Interferones		
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>	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>	3	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; 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)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i>	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>	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>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	2	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PNTTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO- FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE 1 ML	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 ML	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	2	

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)- 200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	GC
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 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 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML 1 ML	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 1 ML	2	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	2	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	1	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	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 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
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) 1 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD DASH 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	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	2	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
RELION 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	2	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT 31G PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	2	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
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	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD 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	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	2	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	3	
V-GO 30 DEVICE	3	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	2	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	2	PA BvD
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD; 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, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)</i>	2	

Puede encontrar información sobre qué significan los 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 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % injection solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	

Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen

Agentes Hematológicos, Varios

ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg, 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>	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

Anticoagulantes

ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	3	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	3	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	3	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	3	QL (36 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>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	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>	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>	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)-20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	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>	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>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOPTELET (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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
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)
<i>javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i>	5	NM; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	5	PA; NM; NDS
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
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>	5	NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<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, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 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>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg - 374 mg</i>	2	
<i>calcium pnv oral capsule 28-1-250 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>dothelle dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	2	
<i>extra-virt plus dha oral capsule 29 mg iron-1.25 mg-55 mg</i>	2	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>hemenatal ob + dha oral combo pack 28 mg iron-6 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	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	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	
<i>pnv-vp-u oral capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	
<i>prenaisance 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>	2	
<i>prenatal plus tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	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>	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	
<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	

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

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

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

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.....	103	ADVOCATE PEN NEEDLE	104	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	84
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	103	ADVOCATE SYRINGES	103, 104	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	84
<i>abacavir</i>	97	<i>afirmelle</i>	83	<i>alymsys</i>	3
<i>abacavir-lamivudine</i>	97	<i>a-hydrocort</i>	57	<i>alyq</i>	73
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	98	AIMOVIG		<i>amabelz</i>	56
ABELCET.....	95	AUTOINJECTOR.....	22	<i>amantadine hcl</i>	25
<i>abiraterone</i>	3	AJOVY AUTOINJECTOR....	22	AMBISOME.....	96
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	103	AJOVY SYRINGE.....	22	<i>ambrisentan</i>	73
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	23	<i>amethia</i>	84
<i>acamprostate</i>	16	AKYNZEO (NETUPITANT).....	23	<i>amiloride</i>	37
<i>acarbose</i>	18	<i>ala-cort</i>	48	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	37
<i>accutane</i>	50	<i>albendazole</i>	24	AMINOSYN II 15 %.....	30
<i>acebutolol</i>	32	<i>albuterol sulfate</i>	47	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE).....	30
<i>acetaminophen-codeine</i>	75	<i>alclometasone</i>	48	<i>amiodarone</i>	32
<i>acetazolamide</i>	67, 68	ALCOHOL PADS.....	50	<i>amitriptyline</i>	93
<i>acetazolamide sodium</i>	68	ALCOHOL PREP PADS.....	51	<i>amlodipine</i>	35
<i>acetic acid</i>	68	ALCOHOL PREP SWABS....	50	<i>amlodipine-benazepril</i>	35
<i>acetylcysteine</i>	44	ALCOHOL SWABS.....	50	<i>amlodipine-valsartan</i>	35
<i>acitretin</i>	50	ALCOHOL WIPES.....	51	<i>ammonium lactate</i>	50
ACTHAR.....	58	ALDURAZyme.....	139	<i>amoxapine</i>	93
ACTHIB (PF).....	64	ALECENSA.....	3	<i>amoxicillin</i>	81, 82
ACTIMMUNE.....	72	<i>alendronate</i>	40	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	82
<i>acyclovir</i>	50, 102	<i>alfuzosin</i>	55	<i>amphotericin b</i>	96
<i>acyclovir sodium</i>	102	ALIMTA.....	3	<i>amphotericin b liposome</i>	96
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	64	ALIQOPA.....	3	<i>ampicillin</i>	82
ADAKVEO.....	136	<i>aliskiren</i>	38	<i>ampicillin sodium</i>	82
<i>adapalene</i>	52	<i>allopurinol</i>	22	<i>ampicillin-sulbactam</i>	82
ADCETRIS.....	3	<i>alosetron</i>	39	ANADROL-50.....	56
<i>adefovir</i>	102	ALPHAGAN P.....	68	<i>anagrelide</i>	136
ADEMPAS.....	73	<i>alprazolam</i>	17	<i>anastrozole</i>	3
<i>adriamycin</i>	3	ALREX.....	70	ANORO ELLIPTA.....	47
<i>adrucil</i>	3	<i>altavera (28)</i>	83	<i>apomorphine</i>	25
ADVAIR DISKUS.....	45	ALTRENO.....	52	<i>apraclonidine</i>	71
ADVAIR HFA.....	46	ALUNBRIG.....	3	<i>aprepitant</i>	23
				APRETUDE.....	98
				<i>apri</i>	84
				APTIOM.....	90

APTIVUS.....	98	<i>ayuna</i>	84	BD SAFETYGLIDE	
APTIVUS (WITH VITAMIN E).....	98	AYVAKIT.....	3	SYRINGE.....	105
<i>aranelle (28)</i>	84	<i>azacitidine</i>	3	BD ULTRA-FINE MICRO	
ARCALYST.....	60	<i>azathioprine</i>	60	PEN NEEDLE.....	106
<i>aripiprazole</i>	26	<i>azathioprine sodium</i>	60	BD ULTRA-FINE MINI	
ARISTADA.....	26	<i>azelastine</i>	71	PEN NEEDLE.....	106
ARISTADA INITIO.....	26	<i>azithromycin</i>	81	BD ULTRA-FINE NANO	
<i>armodafinil</i>	41	AZOPT.....	68	PEN NEEDLE.....	106
ARNUITY ELLIPTA.....	46	<i>aztreonam</i>	80	BD ULTRA-FINE ORIG	
<i>arsenic trioxide</i>	3	<i>azurette (28)</i>	84	PEN NEEDLE.....	106
<i>asenapine maleate</i>	26	<i>bacitracin</i>	69	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>ashlyna</i>	84	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	69	PEN NEEDLE.....	106
ASPARLAS.....	3	<i>baclofen</i>	140	BD VEO INSULIN SYR	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	137	<i>bal-care dha</i>	140	(HALF UNIT).....	106
ASSURE ID DUO-SHIELD	104	<i>bal-care dha essential</i>	141	BD VEO INSULIN	
ASSURE ID INSULIN		<i>balsalazide</i>	39	SYRINGE UF.....	106
SAFETY.....	104	BALVERSA.....	3	<i>bekyree (28)</i>	84
ASSURE ID PEN NEEDLE	104	<i>balziva (28)</i>	84	BELEODAQ.....	4
<i>atazanavir</i>	98	BAVENCIO.....	4	BELSOMRA.....	41
<i>atenolol</i>	32	BAXDELA.....	82	<i>benazepril</i>	38
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	32	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	64	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	38
<i>atomoxetine</i>	41	BD ALCOHOL SWABS.....	50	BENDEKA.....	4
<i>atorvastatin</i>	36	BD AUTOSHIELD DUO		BENLYSTA.....	60
<i>atovaquone</i>	24	PEN NEEDLE.....	104	<i>benztropine</i>	25
<i>atovaquone-proguanil</i>	24	BD ECLIPSE LUER-LOK...	104	BESPONSA.....	4
<i>atropine</i>	71	BD INSULIN SYRINGE.....	105	BESREMI.....	60
ATROVENT HFA.....	47	BD INSULIN SYRINGE		<i>betaine</i>	72
AUBAGIO.....	41	(HALF UNIT).....	104	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	57
<i>aubra eq</i>	84	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone dipropionate</i> 48, 49	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	84	SLIP TIP.....	105	<i>betamethasone valerate</i>	49
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	84	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>betamethasone, augmented</i>	49
<i>aurovela 24 fe</i>	84	500.....	104	BETASERON.....	41
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	84	BD INSULIN SYRINGE		<i>betaxolol</i>	32
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	84	ULTRA-FINE.....	105	<i>bethanechol chloride</i>	55
AUSTEDO.....	41	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bexarotene</i>	4
AUVELITY.....	93	NEEDLE.....	105	BEXSERO.....	64
AVASTIN.....	3	BD SAFETYGLIDE		<i>bicalutamide</i>	4
<i>aviane</i>	84	INSULIN SYRINGE.....	105	BICILLIN L-A.....	82
AVONEX.....	41	BD SAFETYGLIDE		BIKTARVY.....	98
		NEEDLE.....	105	<i>bisoprolol fumarate</i>	33

<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..33	<i>caffeine citrate</i>41, 42	<i>cefoxitin</i>81
BLENREP 4	<i>calcipotriene</i> 50	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>80
<i>bleomycin</i>4	<i>calcitonin (salmon)</i>40	<i>cefpodoxime</i>81
<i>bleph-10</i> 69	<i>calcitriol</i>40	<i>cefprozil</i>81
BLINCYTO4	<i>calcium acetate(phosphat</i>	<i>ceftazidime</i>81
<i>blisovi 24 fe</i> 84	<i>bind)</i> 54	<i>ceftriaxone</i>81
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> 84	<i>calcium chloride</i> 134	<i>cefuroxime axetil</i> 81
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> 84	<i>calcium pnv</i> 141	<i>cefuroxime sodium</i> 81
BOOSTRIX TDAP 64	CALQUENCE4	<i>celecoxib</i> 74
BORDERED GAUZE106	CALQUENCE	CELONTIN90
<i>bortezomib</i>4	(ACALABRUTINIB MAL)4	<i>cephalexin</i>81
BORTEZOMIB 4	<i>camila</i> 84	CERDELGA139
BOSULIF 4	CAPLYTA26	CEREZYME139
BRAFTOVI 4	CAPRELSA4	CHANTIX CONTINUING
BREO ELLIPTA 46	<i>captopril</i>38	MONTH BOX 16
BREZTRI AEROSPHERE 47	<i>carbamazepine</i> 90	<i>chateal eq (28)</i>84
<i>briellyn</i>84	<i>carbidopa-levodopa</i> 25	<i>chloramphenicol sod succinate</i> .. 79
BRILINTA 137	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> 25	<i>chlordiazepoxide hcl</i> 17
<i>brimonidine</i> 68	CAREFINE PEN NEEDLE .106	<i>chlorhexidine gluconate</i> 48
<i>brimonidine-timolol</i> 68	CARETOUCH ALCOHOL	<i>chloroquine phosphate</i> 24
BRIVIACT 90	PREP PAD 50	<i>chlorothiazide sodium</i>37
<i>bromocriptine</i>25	CARETOUCH INSULIN	<i>chlorpromazine</i>26
BROMSITE 70	SYRINGE107	<i>chlorthalidone</i> 37
BRONCHITOL 44	CARETOUCH PEN	<i>chlorzoxazone</i> 140
BRUKINSA 4	NEEDLE 106, 107	<i>cholestyramine (with sugar)</i>36
<i>budesonide</i>39, 46	<i>carglumic acid</i> 53	<i>cholestyramine light</i> 36
<i>bumetanide</i>37	<i>carteolol</i>68	<i>ciclopirox</i>96
<i>buprenorphine hcl</i> 16, 75	<i>cartia xt</i> 33	<i>cilostazol</i> 137
<i>buprenorphine-naloxone</i> 16	<i>carvedilol</i> 33	CIMDUO98
<i>bupropion hcl</i> 93	<i>caspofungin</i>96	<i>cimetidine hcl</i> 52
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> . 16	CAYSTON 80	<i>cinacalcet</i>40
<i>buspirone</i>72	<i>caziant (28)</i> 84	CINQAIR 44
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> .. 75	<i>cefaclor</i> 80	CINRYZE137
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>75	<i>cefadroxil</i>80	<i>ciprofloxacin</i>83
BYNFEZIA 58	<i>cefazolin</i>80	<i>ciprofloxacin hcl</i> 69, 83
CABENUVA 98	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>80	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>83
<i>cabergoline</i>25	<i>cefdinir</i>80	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ... 69
CABLIVI 136	<i>cefepime</i>80	<i>citalopram</i>94
CABOMETYX 4	<i>cefixime</i> 80	<i>clarithromycin</i>81
<i>cabotegravir</i>98	<i>cefotaxime</i> 80	CLENPIQ 54

CLICKFINE PEN NEEDLE	107	<i>clonidine</i>	32	CURITY ALCOHOL SWABS.....	50
<i>clindamycin hcl</i>	79	<i>clonidine hcl</i>	32	CURITY GAUZE.....	109
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	79	<i>clopidogrel</i>	137	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	84
<i>clindamycin phosphate</i> ..	51, 78, 79	<i>clorazepate dipotassium</i>	17	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	84
CLINIMIX 5%/D15W		<i>clotrimazole</i>	96	<i>cyclobenzaprine</i>	140
SULFITE FREE.....	30	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	96	<i>cyclopentolate</i>	71
CLINIMIX 4.25%/D10W		<i>clovique</i>	78	<i>cyclophosphamide</i>	5
SULF FREE.....	30	<i>clozapine</i>	27	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	5
CLINIMIX 4.25%/D5W		<i>c-nate dha</i>	141	<i>cyclosporine</i>	61, 70
SULFIT FREE.....	30	COARTEM.....	24	<i>cyclosporine modified</i>	61
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE).....	30	<i>codeine sulfate</i>	75	<i>cyproheptadine</i>	97
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....	30	<i>colchicine</i>	22	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE).....	30	<i>colesevelam</i>	36	<i>cyred eq</i>	84
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE).....	30	<i>colestipol</i>	36	CYSTARAN.....	71
CLINIMIX E 2.75%/D5W		<i>colistin (colistimethate na)</i>	79	<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	134
SULF FREE.....	31	COMBIGAN.....	68	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	134
CLINIMIX E 4.25%/D10W		COMBIVENT RESPIMAT...	47	<i>dalfampridine</i>	42
SULF FREE.....	31	COMETRIQ.....	5	DALIRESP.....	44
CLINIMIX E 4.25%/D5W		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	107, 108	<i>danazol</i>	56
SULF FREE.....	31	COMFORT EZ PEN NEEDLES.....	107, 108	<i>dantrolene</i>	140
CLINIMIX E 4.25%/D5W		COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	109	DANYELZA.....	5
SULF FREE.....	31	COMPLERA.....	98	<i>dapsone</i>	97
CLINIMIX E 5%/D15W		<i>completenate</i>	141	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	64
SULFIT FREE.....	31	<i>compro</i>	23	<i>daptomycin</i>	79
CLINIMIX E 5%/D20W		<i>constulose</i>	53	DARZALEX.....	5
SULFIT FREE.....	31	COPAXONE.....	42	DARZALEX FASPRO.....	5
CLINIMIX E 8%-D10W		COPIKTRA.....	5	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	85
SULFITEFREE.....	31	CORLANOR.....	34	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	85
CLINIMIX E 8%-D14W		CORTROPHIN GEL.....	58	DAURISMO.....	5
SULFITEFREE.....	31	COSENTYX.....	61	<i>daysee</i>	85
<i>clobazam</i>	90	COSENTYX (2 SYRINGES).	61	<i>deblitane</i>	85
<i>clobetasol</i>	49	COSENTYX PEN (2 PENS)..	61	<i>decitabine</i>	5
<i>clobetasol-emollient</i>	49	COTELLIC.....	5	<i>deferasirox</i>	78
<i>clofarabine</i>	4	CREON.....	139	<i>deferiprone</i>	78
<i>clomipramine</i>	94	CRIXIVAN.....	98	<i>deferoxamine</i>	78
<i>clonazepam</i>	17	<i>cromolyn</i>	44, 53, 71	DELSTRIGO.....	98
<i>clonidine</i>	32	<i>cryselle (28)</i>	84	DENG VAXIA (PF).....	65
<i>clonidine hcl</i>	32	CURAD GAUZE PAD.....	109		

<i>denta 5000 plus</i>	48	<i>dilt-xr</i>	34	DROPLET PEN NEEDLE	
<i>dentagel</i>	48	<i>dimenhydrinate</i>	23		110, 111
DERMACEA.....	109	<i>dimethyl fumarate</i>	42	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	39	PREP PADS.....	50
WOVEN.....	109	<i>diphenhydramine hcl</i>	97	DROPSAFE PEN NEEDLE	111
DESCOVY.....	98	<i>diphenoxylate-atropine</i>	53	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ...	85
<i>desipramine</i>	94	<i>dipyridamole</i>	137	DROXIA.....	136
<i>desmopressin</i>	58	<i>disopyramide phosphate</i>	32	<i>droxidopa</i>	32
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	85	<i>disulfiram</i>	16	DUAVEE.....	56
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	85	<i>divalproex</i>	90	<i>duloxetine</i>	94
<i>desoximetasone</i>	49	<i>dofetilide</i>	32	DUPIXENT PEN.....	61
<i>desvenlafaxine succinate</i>	94	<i>donepezil</i>	18	DUPIXENT SYRINGE.....	61
<i>dexamethasone</i>	57	DOPTELET (10 TAB PACK)		<i>dutasteride</i>	55
<i>dexamethasone sodium phos</i>			138	EASY COMFORT	
(pf).....	57	DOPTELET (15 TAB PACK)		ALCOHOL PAD.....	50
<i>dexamethasone sodium</i>			138	EASY COMFORT	
<i>phosphate</i>	57, 70	DOPTELET (30 TAB PACK)		INSULIN SYRINGE....	111, 112
<i>dexmethylphenidate</i>	42		138	EASY COMFORT PEN	
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	42	<i>dorzolamide</i>	68	NEEDLES.....	111, 112
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i>	68	EASY GLIDE INSULIN	
<i>amphetamine</i>	42	<i>dothelle dha</i>	141	SYRINGE.....	112
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	31	<i>dotti</i>	56	EASY GLIDE PEN	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	31	DOVATO.....	98	NEEDLE.....	112
DIACOMIT.....	90	<i>doxazosin</i>	32	EASY TOUCH.....	113, 114
<i>diazepam</i>	17, 90	<i>doxepin</i>	94	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diazepam intensol</i>	17	<i>doxorubicin</i>	5	PREP PADS.....	50
<i>diazoxide</i>	72	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac epolamine</i>	74	<i>doxy-100</i>	83	INSULIN.....	113
<i>diclofenac potassium</i>	74	<i>doxycycline hyclate</i>	83	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>diclofenac sodium</i>	70, 74, 75	<i>doxycycline monohydrate</i>	83	SYRINGE.....	112
<i>dicloxacillin</i>	82	DRIZALMA SPRINKLE.....	94	EASY TOUCH INSULIN	
<i>dicyclomine</i>	53	<i>dronabinol</i>	23	SAFETY SYR.....	112
<i>didanosine</i>	98	<i>droperidol</i>	23	EASY TOUCH INSULIN	
DIFICID.....	81	DROPLET INSULIN		SYRINGE.....	112, 113, 114
<i>difluprednate</i>	70	SYR(HALF UNIT).....	109, 110	EASY TOUCH LUER	
<i>digitek</i>	34	DROPLET INSULIN		LOCK INSULIN.....	113
<i>digox</i>	34	SYRINGE.....	109, 110	EASY TOUCH PEN	
<i>digoxin</i>	34	DROPLET MICRON PEN		NEEDLE.....	113
<i>dihydroergotamine</i>	22	NEEDLE.....	110	EASY TOUCH SAFETY	
<i>diltiazem hcl</i>	33, 34			PEN NEEDLE.....	114

EASY TOUCH	ENBREL MINI.....	61	<i>estradiol</i>	56
SHEATHLOCK INSULIN	ENBREL SURECLICK.....	61	<i>estradiol valerate</i>	56
..... 112, 113	ENDARI.....	72	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	56
EASY TOUCH UNI-SLIP... 114	<i>endocet</i>	75	<i>eszopiclone</i>	41
<i>econazole</i>	ENGERIX-B (PF).....	65	<i>ethambutol</i>	97
EDARBI.....	ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>ethosuximide</i>	90, 91
EDARBYCLOR.....	(PF).....	65	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	85
EDURANT.....	ENHERTU.....	6	<i>etodolac</i>	75
<i>efavirenz</i>	<i>enoxaparin</i>	136	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	85
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	<i>enpresse</i>	85	ETOPOPHOS.....	6
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	<i>enskyce</i>	85	<i>etoposide</i>	6
EGRIFTA SV.....	<i>entacapone</i>	25	<i>etravirine</i>	99
ELAPRASE.....	<i>entecavir</i>	102	EUCRISA.....	49
ELIGARD.....	ENTRESTO.....	35	EVENITY.....	40
ELIGARD (3 MONTH).....	<i>enulose</i>	53	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	6
ELIGARD (4 MONTH).....	EPCLUSA.....	101	<i>everolimus</i>	
ELIGARD (6 MONTH).....	EPIDIOLEX.....	90	<i>(immunosuppressive)</i>	61
<i>elinest</i>	<i>epinastine</i>	71	EVOTAZ.....	99
ELIQUIS.....	<i>epinephrine</i>	34	EVRYSDI.....	72
ELIQUIS DVT-PE TREAT	<i>epitol</i>	90	EXEL INSULIN.....	114
30D START.....	EPIVIR HBV.....	99	<i>exemestane</i>	6
ELITEK.....	<i>eplerenone</i>	38	EXKIVITY.....	6
ELLA.....	<i>epoprostenol (glycine)</i>	74	EXONDYS-51.....	72
ELMIRON.....	EPRONTIA.....	90	<i>extra-virt plus dha</i>	141
<i>eluryng</i>	ERBITUX.....	6	EYSUVIS.....	70
EMCYT.....	<i>ergoloid</i>	18	<i>ezetimibe</i>	36
EMEND.....	ERIVEDGE.....	6	FABRAZYME.....	139
EMFLAZA.....	ERLEADA.....	6	<i>falmina (28)</i>	85
EMGALITY PEN.....	<i>erlotinib</i>	6	<i>famciclovir</i>	102
EMGALITY SYRINGE.....	<i>errin</i>	85	<i>famotidine</i>	52
<i>emoquette</i>	<i>ertapenem</i>	80	<i>famotidine (pf)</i>	52
EMPLICITI.....	<i>ery pads</i>	51	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	52
EMSAM.....	<i>erythromycin</i>	69, 81	FANAPT.....	27
<i>emtricitabine</i>	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	81	FARXIGA.....	18
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	<i>erythromycin with ethanol</i>	51	FARYDAK.....	6
EMTRIVA.....	ESBRIET.....	44	FASENRA.....	44
<i>enalapril maleate</i>	<i>escitalopram oxalate</i>	94	FASENRA PEN.....	44
<i>enalaprilat</i>	<i>esomeprazole magnesium</i>	52	<i>febuxostat</i>	22
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ... 38	<i>esomeprazole sodium</i>	52	<i>felbamate</i>	91
ENBREL.....	<i>estarylla</i>	85	FEMRING.....	57

<i>femynor</i>	85	<i>flurbiprofen sodium</i>	70	GAZYVA	6
<i>fenofibrate</i>	36	<i>flutamide</i>	6	<i>gemfibrozil</i>	36
<i>fenofibrate micronized</i>	36	<i>fluticasone propionate</i>	49, 70	<i>generlac</i>	53
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	36	<i>fluvoxamine</i>	94	<i>gengraf</i>	62
<i>fentanyl</i>	76	<i>folivane-ob</i>	141	<i>gentak</i>	69
<i>fentanyl citrate</i>	75, 76	<i>fomepizole</i>	72	<i>gentamicin</i>	51, 69, 78
FERRIPROX	78	<i>fondaparinux</i>	137	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..	78
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	78	FORTEO	40	<i>gentamicin sulfate (pf)</i> ..	78
<i>fesoterodine</i>	55	<i>fosamprenavir</i>	99	GENVOYA	99
FETZIMA	94	<i>fosaprepitant</i>	23	GILENYA	42
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	20	<i>foscarnet</i>	101	GILOTRIF	6
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	20	<i>fosinopril</i>	38	GIVLAARI	136
FIASP U-100 INSULIN	20	<i>fosphenytoin</i>	91	<i>glatiramer</i>	42
<i>finasteride</i>	55	FOTIVDA	6	<i>glatopa</i>	42
FINTEPLA	91	FREESTYLE PRECISION	114, 115	<i>glimepiride</i>	21
FIRVANQ	79	FULPHILA	138	<i>glipizide</i>	21
FLEBOGAMMA DIF	61	<i>fulvestrant</i>	6	<i>glipizide-metformin</i>	21
<i>flecainide</i>	32	<i>furosemide</i>	37	<i>glyburide</i>	22
FLOVENT DISKUS	46	FUZEON	99	<i>glyburide micronized</i>	22
FLOVENT HFA	46	<i>fyavolv</i>	57	<i>glyburide-metformin</i>	22
<i>floxuridine</i>	6	FYCOMPA	91	<i>glycopyrrolate</i>	53
<i>fluconazole</i>	96	<i>gabapentin</i>	91	GLYXAMBI	18
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	96	GALAFOLD	139	<i>granisetron (pf)</i> ..	23
<i>flucytosine</i>	96	<i>galantamine</i>	18	<i>granisetron hcl</i>	24
<i>fludrocortisone</i>	58	GAMIFANT	61	<i>griseofulvin microsize</i>	96
<i>flumazenil</i>	42	GAMMAGARD LIQUID	61	<i>guanfacine</i>	32, 42
<i>flunisolide</i>	70	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	61	GVOKE	72
<i>fluocinolone</i>	49	GAMMAPLEX	62	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72
<i>fluocinonide</i>	49	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	62	GVOKE PFS 1-PACK	72
<i>fluocinonide-e</i>	49	<i>ganciclovir sodium</i>	102	SYRINGE	72
<i>fluoride (sodium)</i>	48	GARDASIL 9 (PF)	65	HAEGARDA	138
<i>fluorometholone</i>	70	GATTEX 30-VIAL	53	<i>hailey</i>	85
<i>fluorouracil</i>	6, 50	GAUZE PAD	115	<i>hailey 24 fe</i>	85
<i>fluoxetine</i>	94	<i>gavilyte-c</i>	54	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	85
<i>fluphenazine decanoate</i>	27	<i>gavilyte-g</i>	54	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	85
<i>fluphenazine hcl</i>	27	<i>gavilyte-n</i>	54	<i>halobetasol propionate</i>	49
<i>flurbiprofen</i>	75	GAVRETO	6	<i>haloperidol</i>	27
				<i>haloperidol decanoate</i>	27

<i>haloperidol lactate</i>	27	<i>hydralazine</i>	34	INCONTROL PEN	
HARVONI.....	101	<i>hydrochlorothiazide</i>	37	NEEDLE.....	116
HAVRIX (PF).....	65	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	76	INCRELEX.....	59
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	76	<i>indapamide</i>	37
SYRINGE.....	115	<i>hydrocortisone</i>	39, 49, 58	<i>indomethacin</i>	75
HEALTHWISE PEN		<i>hydromorphone</i>	76	INFANRIX (DTAP) (PF).....	65
NEEDLE.....	115	<i>hydromorphone (pf)</i>	76	INLYTA.....	7
HEALTHY ACCENTS		<i>hydroxychloroquine</i>	24	INPEN (FOR HUMALOG)	
UNIFINE PENTIP.....	115, 116	<i>hydroxyprogesterone</i>		BLUE.....	116
<i>heather</i>	85	<i>cap(ppres)</i>	60	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>hemenatal ob + dha</i>	141	<i>hydroxyurea</i>	7	FIASP) BLUE.....	116
<i>heparin (porcine)</i>	137	<i>hydroxyzine hcl</i>	97	INQOVI.....	7
<i>heparin, porcine (pf)</i>	137	<i>hydroxyzine pamoate</i>	72	INREBIC.....	8
HEPATAMINE 8%.....	31	HYQVIA.....	62	INSULIN SYR/NDL U100	
HERCEPTIN.....	7	<i>ibandronate</i>	40	HALF MARK.....	116
HERCEPTIN HYLECTA.....	7	IBRANCE.....	7	INSULIN SYRINGE.....	105
HERZUMA.....	7	<i>ibu</i>	75	INSULIN SYRINGE	
HETLIOZ.....	41	<i>ibuprofen</i>	75	MICROFINE.....	105
HETLIOZ LQ.....	41	<i>icatibant</i>	35	INSULIN SYRINGE	
HIBERIX (PF).....	65	<i>iclevia</i>	85	NEEDLELESS.....	105
HUMIRA.....	62	ICLUSIG.....	7	INSULIN SYRINGE-	
HUMIRA PEN.....	62	IDHIFA.....	7	NEEDLE U-100	
HUMIRA PEN CROHNS-		<i>ifosfamide</i>	7	105, 106, 114, 116, 117, 122, 123,	
UC-HS START.....	62	ILARIS (PF).....	63	126	
HUMIRA PEN PSOR-		ILEVRO.....	71	INSUPEN.....	117
UVEITS-ADOL HS.....	62	<i>imatinib</i>	7	INTELENCE.....	99
HUMIRA(CF).....	62	IMBRUVICA.....	7	INTRALIPID.....	31
HUMIRA(CF) PEDI		IMFINZI.....	7	INTRON A.....	102
CROHNS STARTER.....	62	<i>imipenem-cilastatin</i>	80	<i>introvale</i>	85
HUMIRA(CF) PEN.....	62	<i>imipramine hcl</i>	94	INVEGA HAFYERA.....	27
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i>	50	INVEGA SUSTENNA.....	27, 28
CROHNS-UC-HS.....	62	IMLYGIC.....	7	INVEGA TRINZA.....	28
HUMIRA(CF) PEN		IMOVAX RABIES		INVELTYS.....	71
PEDIATRIC UC.....	62	VACCINE (PF).....	65	INVIRASE.....	99
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		IMPAVIDO.....	24	IPOLE.....	65
UV-ADOL HS.....	62	INBRIJA.....	25	<i>ipratropium bromide</i>	47, 71, 72
HUMULIN R U-500		<i>incassia</i>	85	<i>ipratropium-albuterol</i>	47
(CONC) INSULIN.....	20	INCONTROL ALCOHOL		<i>irbesartan</i>	35
HUMULIN R U-500		PADS.....	50	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	35
(CONC) KWIKPEN.....	20			IRESSA.....	8

ISENTRESS.....	99	<i>kariva</i> (28).....	86	LANTUS U-100 INSULIN....	20
ISENTRESS HD.....	99	<i>kelnor 1/35</i> (28).....	86	<i>lapatinib</i>	8
<i>isibloom</i>	86	<i>kelnor 1-50</i> (28).....	86	<i>larin 1.5/30</i> (21).....	86
ISOLYTE S PH 7.4.....	134	KERENDIA.....	38	<i>larin 1/20</i> (21).....	86
ISOLYTE-P IN 5 %		KESIMPTA PEN.....	42	<i>larin 24 fe</i>	86
DEXTROSE.....	135	<i>ketoconazole</i>	96	<i>larin fe 1.5/30</i> (28).....	86
ISOLYTE-S.....	134	<i>ketorolac</i>	71, 75	<i>larin fe 1/20</i> (28).....	86
<i>isoniazid</i>	97	KEVEYIS.....	72	<i>larissia</i>	86
<i>isosorbide dinitrate</i>	39	KEYTRUDA.....	8	<i>latanoprost</i>	68
<i>isosorbide mononitrate</i>	39	KIMMTRAK.....	8	LATUDA.....	28
<i>isosorbide-hydralazine</i>	39	KINRIX (PF).....	65	LAZANDA.....	76
<i>itraconazole</i>	96	<i>kionex (with sorbitol)</i>	53	<i>leflunomide</i>	63
IV PREP WIPES.....	51	KISQALI.....	8	<i>lenalidomide</i>	8
<i>ivermectin</i>	24	KISQALI FEMARA CO-		LENVIMA.....	9
IXEMPRA.....	8	PACK.....	8	<i>lessina</i>	86
IXIARO (PF).....	65	KLISYRI.....	51	<i>letrozole</i>	9
<i>jaimiess</i>	86	<i>klor-con m10</i>	135	<i>leucovorin calcium</i>	72, 73
JAKAFI.....	8	<i>klor-con m15</i>	135	LEUKERAN.....	9
<i>jantoven</i>	137	<i>klor-con m20</i>	135	LEUKINE.....	138
JARDIANCE.....	18	KLOXXADO.....	17	<i>leuprolide</i>	9
<i>jasmiel</i> (28).....	86	KORLYM.....	19	<i>levetiracetam</i>	91
<i>javygtor</i>	139	KOSELUGO.....	8	<i>levobunolol</i>	68
JEMPERLI.....	8	<i>kosher prenatal plus iron</i>	141	<i>levocarnitine</i>	73
<i>jencycla</i>	86	KRINTAFEL.....	24	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	73
JENTADUETO.....	18	KRYSTEXXA.....	139	<i>levocetirizine</i>	97
JENTADUETO XR.....	18, 19	<i>kurvelo</i> (28).....	86	<i>levofloxacin</i>	69, 72, 83
<i>jinteli</i>	57	KYNMOBI.....	25	<i>levofloxacin in d5w</i>	83
<i>juleber</i>	86	KYPROLIS.....	8	<i>levoleucovorin calcium</i>	73
JULUCA.....	99	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i>	86	<i>levonest</i> (28).....	86
<i>junel 1.5/30</i> (21).....	86	<i>labetalol</i>	33	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	86
<i>junel 1/20</i> (21).....	86	<i>lacosamide</i>	91	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	87
<i>junel fe 1.5/30</i> (28).....	86	<i>lactulose</i>	53	<i>levora-28</i>	87
<i>junel fe 1/20</i> (28).....	86	<i>lagevrio (eua)</i>	102	<i>levothyroxine</i>	55
<i>junel fe 24</i>	86	<i>lamivudine</i>	99	LEXIVA.....	99
JUXTAPID.....	36	<i>lamivudine-zidovudine</i>	99	LIBTAYO.....	9
JYNARQUE.....	37	<i>lamotrigine</i>	91	<i>lidocaine</i>	77
<i>kalliga</i>	86	<i>lanreotide</i>	59	<i>lidocaine (pf)</i>	32, 77
KALYDECO.....	45	<i>lansoprazole</i>	52	<i>lidocaine hcl</i>	77
KANJINTI.....	8	LANTUS SOLOSTAR U-100		<i>lidocaine viscous</i>	77
KANUMA.....	139	INSULIN.....	20	<i>lidocaine-prilocaine</i>	77

<i>lillow (28)</i>	87	LUPRON DEPOT (4	MAVENCLAD (9 TABLET
<i>linezolid</i>	79	MONTH).....	PACK).....
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	79	LUPRON DEPOT (6	MAXICOMFORT II PEN
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ..	79	MONTH).....	NEEDLE.....
LINZESS.....	53	LUPRON DEPOT-PED.....	MAXICOMFORT INSULIN
<i>liothyronine</i>	55	LUPRON DEPOT-PED (3	SYRINGE.....
LISCO.....	117	MONTH).....	118, 119
<i>lisinopril</i>	38	<i>lutea (28)</i>	MAXI-COMFORT
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	38	LYBALVI.....	INSULIN SYRINGE....
LITE TOUCH INSULIN		<i>lyleq</i>	118, 119
PEN NEEDLES.....	117, 118	<i>lyllana</i>	MAXICOMFORT SAFETY
LITE TOUCH INSULIN		LYNPARZA.....	PEN NEEDLE.....
SYRINGE.....	117, 118	LYSODREN.....	119
<i>lithium carbonate</i>	43	<i>lyza</i>	MAYZENT.....
LIVALO.....	36	MAGELLAN INSULIN	MAYZENT STARTER(FOR
<i>lojaimiess</i>	87	SAFETY SYRNG.....	1MG MAINT).....
LOKELMA.....	53	MAGELLAN SYRINGE....	43
LONSURF.....	9	<i>magnesium sulfate</i>	MAYZENT STARTER(FOR
<i>loperamide</i>	53	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	2MG MAINT).....
<i>lopinavir-ritonavir</i>	99	<i>magnesium sulfate in water</i>	43
<i>lorazepam</i>	18	<i>malathion</i>	<i>meclizine</i>
LORBRENA.....	9	<i>maprotiline</i>	24
<i>loryna (28)</i>	87	<i>maraviroc</i>	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>losartan</i>	35	MARGENZA.....	60
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	35	<i>marlissa (28)</i>	<i>mefenamic acid</i>
LOTEMAX.....	71	<i>marnatal-f</i>	75
LOTEMAX SM.....	71	MARPLAN.....	<i>mefloquine</i>
<i>loteprednol etabonate</i>	71	MATULANE.....	24
<i>lovastatin</i>	36	MAVENCLAD (10 TABLET	<i>megestrol</i>
<i>low-ogestrel (28)</i>	87	PACK).....	9, 60
<i>loxapine succinate</i>	28	MAVENCLAD (4 TABLET	MEKINIST.....
<i>lo-zumandimine (28)</i>	87	PACK).....	9, 10
<i>lubiprostone</i>	53	MAVENCLAD (5 TABLET	MEKTOVI.....
LUCEMYRA.....	17	PACK).....	10
LUMAKRAS.....	9	MAVENCLAD (6 TABLET	<i>meloxicam</i>
LUMIGAN.....	68	PACK).....	75
LUMOXITI.....	9	MAVENCLAD (7 TABLET	<i>memantine</i>
LUPRON DEPOT.....	59	PACK).....	18
LUPRON DEPOT (3		MAVENCLAD (8 TABLET	MENACTRA (PF).....
MONTH).....	9, 59	PACK).....	65
			MENQUADFI (PF).....
			65
			MENVEO A-C-Y-W-135-
			DIP (PF).....
			66
			MEPSEVII.....
			139
			<i>mercaptopurine</i>
			10
			<i>meropenem</i>
			80
			<i>meropenem-0.9% sodium</i>
			<i>chloride</i>
			80
			<i>merzee</i>
			87
			<i>mesalamine</i>
			39
			<i>mesna</i>
			73
			MESNEX.....
			73
			<i>metaproterenol</i>
			47
			<i>metformin</i>
			19
			<i>methadone</i>
			76

<i>methadose</i>	76	M-M-R II (PF).....	66	<i>naltrexone</i>	17
<i>methenamine hippurate</i>	79	<i>m-natal plus</i>	141	NAMZARIC.....	18
<i>methimazole</i>	56	<i>modafinil</i>	41	<i>naproxen</i>	75
<i>methocarbamol</i>	140	<i>molindone</i>	28	NARCAN.....	17
<i>methotrexate sodium</i>	10	<i>mometasone</i>	49, 71	NATACYN.....	69
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	10	<i>mondoxyne nl</i>	83	NATPARA.....	40
<i>methoxsalen</i>	51	MONJUVI.....	10	NAYZILAM.....	91
<i>methscopolamine</i>	53	MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	33
<i>methyldopa</i>	32	SAFETY SYRING.....	120	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	87
<i>methylphenidate hcl</i>	43	MONOJECT INSULIN		<i>nefazodone</i>	94
<i>methylprednisolone</i>	58	SYRINGE.....	119, 120	<i>neomycin</i>	78
<i>methylprednisolone acetate</i>	58	MONOJECT SYRINGE.....	119	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	69
<i>methylprednisolone sodium</i>		MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>succ</i>	58	COMFORT INSULIN.....	131	<i>polymyxin</i>	69
<i>metipranolol</i>	68	<i>mono-lynyah</i>	87	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	51
<i>metoclopramide hcl</i>	53	<i>montelukast</i>	47	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metolazone</i>	37	<i>morphine</i>	76	<i>dexameth</i>	69
<i>metoprolol succinate</i>	33	MORPHINE.....	76	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	33	<i>morphine concentrate</i>	76	<i>gramicidin</i>	69
<i>metoprolol tartrate</i>	33	MOVANTIK.....	54	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	69
<i>metronidazole</i>	51, 78, 79	<i>moxifloxacin</i>	69, 83	<i>neo-polycin</i>	69
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	79	MOZOBIL.....	138	<i>neo-polycin hc</i>	69
<i>metryrosine</i>	35	MULPLETA.....	138	NEPHRAMINE 5.4 %.....	31
<i>mexiletine</i>	32	MULTAQ.....	32	NERLYNX.....	10
<i>miconazole-3</i>	96	<i>mupirocin</i>	51	NEULASTA.....	138
MICRODOT INSULIN PEN		MVASI.....	10	NEULASTA ONPRO.....	138
NEEDLE.....	119	<i>mycophenolate mofetil</i>	63	NEUPRO.....	25
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	87	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	63	<i>nevirapine</i>	99
<i>midodrine</i>	32	MYLOTARG.....	10	<i>newgen</i>	141
<i>miglustat</i>	139	<i>mynatal</i>	141	NEXLETOL.....	36
<i>mili</i>	87	<i>mynatal advance</i>	141	NEXLIZET.....	36
<i>mimvey</i>	57	<i>mynatal plus</i>	141	<i>niacin</i>	36
MINI ULTRA-THIN II.....	119	<i>mynatal-z</i>	141	<i>nicardipine</i>	35
<i>minitran</i>	39	<i>mynate 90 plus</i>	141	NICOTROL.....	17
<i>minocycline</i>	83	MYRBETRIQ.....	55	<i>nifedipine</i>	35, 36
<i>minoxidil</i>	39	<i>nabumetone</i>	75	<i>nikki (28)</i>	87
<i>mirtazapine</i>	94	<i>nafacillin</i>	82	<i>nilutamide</i>	10
<i>misoprostol</i>	52	<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i>	82	NINLARO.....	10
MITIGARE.....	22	NAGLAZYME.....	139	<i>nitazoxanide</i>	24
<i>mitoxantrone</i>	10	<i>naloxone</i>	17	<i>nitisinone</i>	140

<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	79	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	21	<i>omeprazole</i>	52
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst</i>	79	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	21	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	53
<i>nitroglycerin</i>	39	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	21	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	120
NITYR.....	140	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	21	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	120
<i>niva-plus</i>	141	NOVOTWIST.....	120	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	120
NIVESTYM.....	138	NOXAFIL.....	96	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	120
<i>nizatidine</i>	52	NUBEQA.....	10	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	121
NORDITROPIN FLEXPEN.....	59	NUCALA.....	45	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	121
<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	87	NULOJIX.....	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	121
<i>norethindrone acetate</i>	60	NUPLAZID.....	28	ONCASPAR.....	10
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	57, 87	NURTEC ODT.....	22	<i>ondansetron</i>	24
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...	87	NUTRILIPID.....	31	<i>ondansetron hcl</i>	24
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...	87	<i>nyamyc</i>	96	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	24
<i>norlyda</i>	87	<i>nylia 1/35 (28)</i>	88	ONIVYDE.....	10
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE.....	135	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	88	ONTRUZANT.....	10
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	87	<i>nymyo</i>	88	ONUREG.....	10
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	87	<i>nystatin</i>	96	OPDIVO.....	10
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	87	<i>nystop</i>	97	OPDUALAG.....	10
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	88	NYVEPRIA.....	138	OPSUMIT.....	74
<i>nortriptyline</i>	95	<i>obstetrix dha</i>	141	<i>oralone</i>	48
NORVIR.....	99	<i>o-cal prenatal</i>	141	ORFADIN.....	140
NOVOFINE 30.....	120	OCALIVA.....	54	ORGOVYX.....	59
NOVOFINE 32.....	120	OCREVUS.....	43	ORILISSA.....	59
NOVOFINE PLUS.....	120	OCTAGAM.....	63	ORKAMBI.....	45
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	20	<i>octreotide acetate</i>	59	ORLADEYO.....	138
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	20	ODEFSEY.....	99	<i>orsythia</i>	88
NOVOLIN N FLEXPEN.....	20	ODOMZO.....	10	<i>oseltamivir</i>	101
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	20	OFEV.....	45	OSMOLEX ER.....	25
NOVOLIN R FLEXPEN.....	21	<i>ofloxacin</i>	69	<i>oxandrolone</i>	56
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN.....	21	OGIVRI.....	10	<i>oxcarbazepine</i>	91
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	21	<i>olanzapine</i>	28	OXLUMO.....	73
		<i>olmesartan</i>	35	OXTELLAR XR.....	91, 92
		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	35		
		<i>olopatadine</i>	72		
		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	36		

<i>oxybutynin chloride</i>	55	PEPAXTO	11	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ..	70
<i>oxycodone</i>	76	<i>perindopril erbumine</i>	38	POMALYST	11
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	77	<i>periogard</i>	48	<i>portia 28</i>	88
<i>oxycodone-aspirin</i>	77	<i>permethrin</i>	52	PORTRAZZA	11
OXYCONTIN	77	<i>perphenazine</i>	28	<i>posaconazole</i>	97
OZEMPIC	19	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	95	<i>potassium chloride</i>	135
<i>pacerone</i>	32	PERSERIS	28	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	135
<i>paclitaxel protein-bound</i>	11	<i>pfizerpen-g</i>	82	<i>potassium citrate</i>	135
PADCEV	11	<i>phenelzine</i>	95	<i>pr natal 400</i>	141
<i>paliperidone</i>	28	<i>phenobarbital</i>	92	<i>pr natal 400 ec</i>	141
PALYNZIQ	140	<i>phenylephrine hcl</i>	32	<i>pr natal 430</i>	141
PANRETIN	51	<i>phenytoin</i>	92	<i>pr natal 430 ec</i>	141
<i>pantoprazole</i>	53	<i>phenytoin sodium</i>	92	PRALUENT PEN	36
<i>paricalcitol</i>	40	<i>phenytoin sodium extended</i>	92	<i>pramipexole</i>	25
<i>paroex oral rinse</i>	48	PHESGO	11	<i>prasugrel</i>	137
<i>paromomycin</i>	24	<i>philith</i>	88	<i>pravastatin</i>	36
<i>paroxetine hcl</i>	95	PHOSLYRA	54	<i>prazosin</i>	32
PAXLOVID (EUA)	101	PIFELTRO	99	<i>prednicarbate</i>	49
PEDIARIX (PF)	66	<i>pilocarpine hcl</i>	48, 68	<i>prednisolone</i>	58
PEDVAX HIB (PF)	66	<i>pimecrolimus</i>	49	<i>prednisolone acetate</i>	71
<i>peg 3350-electrolytes</i>	54	<i>pimozide</i>	29	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	58, 71
PEGASYS	102	<i>pimtrea (28)</i>	88	<i>prednisone</i>	58
<i>peg-electrolyte soln</i>	54	<i>pioglitazone</i>	19	<i>pregabalin</i>	92
PEGINTRON	102	PIP PEN NEEDLE	121	PREHEVBRIO (PF)	66
PEMAZYRE	11	<i>piperacillin-tazobactam</i>	82	PREMARIN	57
<i>pemetrexed</i>	11	PIQRAY	11	PREMPHASE	57
<i>pemetrexed disodium</i>	11	<i>pirfenidone</i>	45	PREMPRO	57
PEN NEEDLE	114, 121, 123	<i>pirmella</i>	88	<i>prenal true</i>	141
PEN NEEDLE, DIABETIC	108, 119, 121, 123	PLASMA-LYTE 148	135	<i>prenaissance</i>	142
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	123	PLASMA-LYTE A	135	<i>prenaissance plus</i>	142
<i>penicillamine</i>	78	PLEGRIDY	44	<i>prenatabs fa</i>	142
<i>penicillin g potassium</i>	82	<i>pnv 29-1</i>	141	<i>prenatal 19</i>	142
<i>penicillin g procaine</i>	82	<i>pnv-dha + docusate</i>	141	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ...	142
<i>penicillin v potassium</i>	82	<i>pnv-ferrous fumarate-docu-fa</i> ..	141	<i>prenatal low iron</i>	142
PENTACEL (PF)	66	<i>pnv-omega</i>	141	<i>prenatal plus</i>	142
<i>pentamidine</i>	24	<i>pnv-vp-u</i>	141	<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ...	142
PENTIPS	121	<i>podofilox</i>	51	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	142
<i>pentoxifylline</i>	137	POLIVY	11	<i>prenatal-u</i>	142
		<i>polycin</i>	70		
		<i>polymyxin b sulfate</i>	80		

<i>preplus</i>	142	PROMACTA.....	138	RAYALDEE.....	40
<i>pretab</i>	142	<i>promethazine</i>	24, 97	<i>reclipsen (28)</i>	88
PRETOMANID.....	97	<i>promethegan</i>	24	RECOMBIVAX HB (PF).....	66
<i>prevalite</i>	37	<i>propafenone</i>	32	RECTIV.....	73
PREVENT DROPSAFE		<i>proparacaine</i>	72	RELENZA DISKHALER....	102
PEN NEEDLE.....	121, 122	<i>propranolol</i>	33	RELEUKO.....	138, 139
<i>previfem</i>	88	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	33	RELION NEEDLES.....	122
PREVYMIS.....	101	<i>propylthiouracil</i>	56	RELION PEN NEEDLES....	123
PREZCOBIX.....	99	PROQUAD (PF).....	66	<i>repaglinide</i>	19
PREZISTA.....	100	PROSOL 20 %.....	31	REPATHA PUSHTRONEX..	37
PRIFTIN.....	97	<i>protamine</i>	136	REPATHA SURECLICK.....	37
PRIMAQUINE.....	25	<i>protriptyline</i>	95	REPATHA SYRINGE.....	37
<i>primidone</i>	92	PULMOZYME.....	140	RESTASIS.....	71
PRIORIX (PF).....	66	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE....	71
PRIVIGEN.....	63	ALCOHOL PADS.....	51	RETACRIT.....	139
PRO COMFORT		PURE COMFORT PEN		RETEVMO.....	11
ALCOHOL PADS.....	51	NEEDLE.....	122	RETROVIR.....	100
PRO COMFORT INSULIN		<i>purefe ob plus</i>	142	REVCovi.....	140
SYRINGE.....	122	<i>purefe plus</i>	142	REVLIMID.....	11
PRO COMFORT PEN		PURIXAN.....	11	<i>revonto</i>	140
NEEDLE.....	122	<i>pyrazinamide</i>	97	REXULTI.....	29
<i>probenecid</i>	22	<i>pyridostigmine bromide</i>	73	REYATAZ.....	100
<i>probenecid-colchicine</i>	22	<i>pyrimethamine</i>	25	REZUROCK.....	63
<i>procainamide</i>	32	QINLOCK.....	11	RHOPRESSA.....	68
PROCALAMINE 3%.....	31	QUADRACEL (PF).....	66	RIABNI.....	12
<i>prochlorperazine</i>	24	<i>quetiapine</i>	29	<i>ribavirin</i>	102
<i>prochlorperazine edisylate</i>	24	<i>quinapril</i>	38	RIDAURA.....	63
<i>prochlorperazine maleate</i>	24	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	38	<i>rifabutin</i>	97
<i>procto-med hc</i>	49	<i>quinidine sulfate</i>	32	<i>rifampin</i>	97
<i>proctosol hc</i>	50	<i>quinine sulfate</i>	25	<i>rilpivirine</i>	100
<i>proctozone-hc</i>	50	QULIPTA.....	22	<i>riluzole</i>	44
PRODIGY INSULIN		RABAVERT (PF).....	66	<i>rimantadine</i>	102
SYRINGE.....	122	<i>rabeprazole</i>	53	RINVOQ.....	63
<i>progesterone</i>	60	RADICAVA.....	44	<i>risedronate</i>	40
<i>progesterone micronized</i>	60	<i>raloxifene</i>	57	RISPERDAL CONSTA.....	29
PROGRAF.....	63	<i>ramipril</i>	38	<i>risperidone</i>	29
PROLASTIN-C.....	45	<i>ranolazine</i>	35	<i>ritonavir</i>	100
PROLENSA.....	71	<i>rasagiline</i>	25	RITUXAN.....	12
PROLEUKIN.....	11	RASUVO (PF).....	63	RITUXAN HYCELA.....	12
PROLIA.....	40	RAVICTI.....	54	<i>rivastigmine</i>	18

<i>rivastigmine tartrate</i>	18	SEROSTIM.....	59	SPIRIVA WITH	
<i>rizatriptan</i>	22	<i>sertraline</i>	95	HANDIHALER.....	48
<i>r-natal ob</i>	142	<i>setlakin</i>	88	<i>spironolactone</i>	38
ROCKLATAN.....	68	<i>sevelamer carbonate</i>	54	SPRAVATO.....	95
<i>roflumilast</i>	45	<i>sevelamer hcl</i>	54	<i>sprintec (28)</i>	88
<i>ropinirole</i>	26	<i>sf 5000 plus</i>	48	SPRITAM.....	92
<i>rosadan</i>	51	<i>sharobel</i>	88	SPRYCEL.....	12
<i>rosuvastatin</i>	37	SHINGRIX (PF).....	67	<i>sps (with sorbitol)</i>	54
ROTARIX.....	66	SIGNIFOR.....	59	<i>sronyx</i>	88
ROTATEQ VACCINE.....	66	SIKLOS.....	136	<i>ssd</i>	52
ROZLYTREK.....	12	<i>sildenafil</i>	74	<i>stavudine</i>	100
RUBRACA.....	12	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	74	STELARA.....	64
<i>rufinamide</i>	92	<i>silver sulfadiazine</i>	51	STERILE PADS.....	123
RUKOBIA.....	100	SIMBRINZA.....	68	STIOLTO RESPIMAT.....	48
RUXIENCE.....	12	<i>simliya (28)</i>	88	STIVARGA.....	12
RYBELSUS.....	19	<i>simpeesse</i>	88	STRENSIQ.....	140
RYBREVANT.....	12	<i>simvastatin</i>	37	<i>streptomycin</i>	79
RYDAPT.....	12	<i>sirolimus</i>	63	STRIBILD.....	100
SAFESNAP INSULIN		SIRTURO.....	97	STRIVERDI RESPIMAT.....	48
SYRINGE.....	123	SKY SAFETY PEN		SUBLOCADE.....	17
SAFETY PEN NEEDLE.....	123	NEEDLE.....	123	<i>subvenite</i>	92
<i>sajazir</i>	35	SKYRIZI.....	63	<i>sucralfate</i>	53
SANDOSTATIN LAR		<i>sodium chloride 0.45 %</i>	136	<i>sulfacetamide sodium</i>	70
DEPOT.....	59	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	136	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	52
SANTYL.....	51	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	48	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	70
<i>sapropterin</i>	140	<i>sodium phenylbutyrate</i>	54	<i>sulfadiazine</i>	83
SARCLISA.....	12	<i>sodium polystyrene (sorb free)</i> .	54	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	83
SAVELLA.....	44	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	54	<i>sulfasalazine</i>	39
SCSEMBLIX.....	12	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .	54	<i>sulindac</i>	75
<i>scopolamine base</i>	24	SOLQUA 100/33.....	21	<i>sumatriptan</i>	23
SECUADO.....	29	SOLTAMOX.....	12	<i>sumatriptan succinate</i>	23
SECURESAFE PEN		SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sunitinib</i>	12
NEEDLE.....	123	VIAL (PF).....	58	SUNOSI.....	41
<i>select-ob</i>	142	SOMATULINE DEPOT.....	59	SUPPRELIN LA.....	60
<i>select-ob (folic acid)</i>	142	SOMAVERT.....	60	SUPREP BOWEL PREP KIT	55
<i>selegiline hcl</i>	26	<i>sorafenib</i>	12	SURE COMFORT	
<i>selenium sulfide</i>	51	<i>sorine</i>	33	ALCOHOL PREP PADS.....	51
SELZENTRY.....	100	<i>sotalol</i>	33	SURE COMFORT INS.	
<i>se-natal 19 chewable</i>	142	<i>sotalol af</i>	33	SYR. U-100.....	124
SEREVENT DISKUS.....	47	SPIRIVA RESPIMAT.....	47		

SURE COMFORT	<i>taron-prex prenatal-dha</i>142	THINPRO INSULIN
INSULIN SYRINGE..... 124	TASCENSO ODT.....44	SYRINGE.....126
SURE COMFORT PEN	TASIGNA.....13	THIOLA EC.....55
NEEDLE..... 124	TAVALISSE.....136	<i>thioridazine</i>29
SURE COMFORT SAFETY	<i>tazarotene</i>52	<i>thiotepa</i>13
PEN NEEDLE.....123	TAZORAC.....52	<i>thiothixene</i>29
SURE-FINE PEN	<i>taztia xt</i>34	<i>tiadylt er</i>34
NEEDLES..... 124	TAZVERIK.....13	<i>tiagabine</i>92
SURE-JECT INSULIN	TDVAX.....67	TIBSOVO.....13
SYRINGE.....125	TECENTRIQ.....13	TICE BCG.....13
SURE-PREP ALCOHOL	TECHLITE INSULIN	TICOVAC.....67
PREP PADS..... 51	SYRINGE.....125, 126	<i>tigecycline</i>83
SUTAB.....55	TECHLITE INSULN	<i>timolol maleate</i>33, 68
<i>syeda</i>88	SYR(HALF UNIT).....125	<i>tiopronin</i>55
SYLVANT.....12	TECHLITE PEN NEEDLE. 126	TIVDAK.....13
SYMBICORT.....46	TEFLARO.....81	TIVICAY.....100
SYMDEKO.....45	<i>telmisartan</i>35	TIVICAY PD.....100
SYMLINPEN 120.....19	<i>temazepam</i>18	<i>tizanidine</i>140
SYMLINPEN 60.....19	TEMIXYS.....100	TOBI PODHALER.....79
SYMPAZAN.....92	TEMODAR.....13	<i>tobramycin</i>70, 79
SYMTUZA.....100	TENIVAC (PF).....67	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>79
SYNAGIS.....102	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..100	<i>tobramycin sulfate</i>79
SYNAREL.....60	TEPEZZA.....72	<i>tobramycin-dexamethasone</i>70
SYNERCID.....80	TEPMETKO.....13	<i>tolterodine</i>55
SYNJARDY.....19	<i>terazosin</i>55	TOPCARE CLICKFINE.....127
SYNJARDY XR.....19	<i>terbinafine hcl</i>97	TOPCARE ULTRA
SYNRIBO.....12	<i>terbutaline</i>48	COMFORT.....127
TABLOID.....12	<i>terconazole</i>78	<i>topiramate</i>92
TABRECTA.....12	TERUMO INSULIN	<i>toposar</i>13
<i>tacrolimus</i>50, 64	SYRINGE.....126	<i>toremifene</i>13
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..74	<i>testosterone</i>56	<i>torse mide</i>38
TAFINLAR.....13	<i>testosterone cypionate</i>56	TOTECT.....73
TAGRISSE.....13	<i>testosterone enanthate</i>56	TOUJEO MAX U-300
TAKHZYRO.....73	TETANUS,DIPHThERIA	SOLOSTAR.....21
TALZENNA.....13	TOX PED(PF).....67	TOUJEO SOLOSTAR U-300
<i>tamoxifen</i>13	<i>tetrabenazine</i>44	INSULIN.....21
<i>tamsulosin</i>55	<i>tetracycline</i>83	TRACLEER.....74
<i>tarina 24 fe</i>88	THALOMID.....73	TRADJENTA.....19
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>88	<i>theophylline</i>48	<i>tramadol</i>77
<i>taron-c dha</i>142		<i>tramadol-acetaminophen</i>77

<i>trandolapril</i>	38	TRIUMEQ.....	100	UDENYCA.....	139
<i>tranexamic acid</i>	136	TRIUMEQ PD.....	100	ULTICARE.....	129
<i>tranylcypromine</i>	95	<i>triveen-duo dha</i>	142	ULTICARE INSULIN	
TRAVASOL 10 %.....	31	<i>triveen-prx rnf</i>	142	SYRINGE.....	129
<i>travoprost</i>	68	<i>trivora (28)</i>	89	ULTICARE INSULN	
TRAZIMERA.....	13	<i>tri-vylibra</i>	89	SYR(HALF UNIT).....	129
<i>trazodone</i>	95	<i>tri-vylibra lo</i>	89	ULTICARE PEN NEEDLE.....	129
TREANDA.....	13	TRIZIVIR.....	100	ULTICARE SAFETY PEN	
TRECTOR.....	97	TRODELVY.....	14	NEEDLE.....	129
TRELEGY ELLIPTA.....	48	TROGARZO.....	100	ULTIGUARD SAFEPAK-	
TRELFSTAR.....	13, 14	TROPHAMINE 10 %.....	31	INSULIN SYR.....	129, 130
TREMFYA.....	64	<i>trosipium</i>	55	ULTIGUARD SAFEPAK-	
<i>treprostinil sodium</i>	74	TRUE COMFORT		PEN NEEDLE.....	130
<i>tretinoin</i>	52	ALCOHOL PADS.....	51	ULTILET ALCOHOL	
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	14	TRUE COMFORT		SWAB.....	51
<i>tri femynor</i>	88	INSULIN SYRINGE.....	127	ULTILET INSULIN	
<i>triamcinolone acetonide</i>	48, 50, 58	TRUE COMFORT PEN		SYRINGE.....	116, 117, 130
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	38	NEEDLE.....	127	ULTILET PEN NEEDLE....	130
<i>trientine</i>	78	TRUE COMFORT PRO		ULTRA CMFT INS SYR	
<i>tri-estarylla</i>	88	ALCOHOL PADS.....	51	(HALF UNIT).....	115, 123, 129
<i>trifluoperazine</i>	29	TRUE COMFORT PRO INS		ULTRA COMFORT	
<i>trifluridine</i>	70	SYRINGE.....	127, 128	INSULIN SYRINGE	
<i>trihexyphenidyl</i>	26	TRUEPLUS INSULIN.....	128		111, 115, 130, 131
TRIJARDY XR.....	19	TRUEPLUS PEN NEEDLE	128	ULTRA FLO INSUL	
TRIKAFTA.....	45	TRULICITY.....	20	SYR(HALF UNIT).....	131
<i>tri-legest fe</i>	88	TRUMENBA.....	67	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-linyah</i>	88	TRUSELTIQ.....	14	SYRINGE.....	131
<i>tri-lo-estarylla</i>	88	TRUXIMA.....	14	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-marzia</i>	89	TUKYSA.....	14		131
<i>tri-lo-mili</i>	89	<i>tulana</i>	89	ULTRA THIN PEN	
<i>tri-lo-sprintec</i>	89	TURALIO.....	14	NEEDLE.....	131
<i>trilyte with flavor packets</i>	55	TWINRIX (PF).....	67	ULTRACARE INSULIN	
<i>trimethoprim</i>	80	<i>tyblume</i>	89	SYRINGE.....	131, 132
<i>tri-mili</i>	89	TYBOST.....	73	ULTRACARE PEN	
<i>trimipramine</i>	95	TYMLOS.....	40	NEEDLE.....	132
TRINTELLIX.....	95	TYPHIM VI.....	67	ULTRA-THIN II (SHORT)	
<i>tri-nymyo</i>	89	TYSABRI.....	64	INS SYR.....	132
<i>tri-previfem (28)</i>	89	TYVASO.....	74	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIPTODUR.....	60	UBRELVY.....	23	PEN NDL.....	133
<i>tri-sprintec (28)</i>	89	UCERIS.....	39		

ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....	132	<i>vena-bal dha</i>	142	VITRAKVI.....	14
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	132	VENCLEXTA.....	14	<i>viva dha</i>	143
UNIFINE PEN NEEDLE....	133	VENCLEXTA STARTING PACK.....	14	VIZIMPRO.....	15
UNIFINE PENTIPS.....	121, 133	<i>venlafaxine</i>	95	VOCABRIA.....	101
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	133	<i>venlafaxine besylate</i>	95	<i>vol-nate</i>	143
UNIFINE PENTIPS PLUS..	133	<i>verapamil</i>	34	<i>volnea (28)</i>	89
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	133	VERIFINE PEN NEEDLE..	134	VONJO.....	15
UNIFINE SAFECONTROL	133	VERSACLOZ.....	29	<i>voriconazole</i>	97
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	134	VERSALON.....	134	VOSEVI.....	101
UNITUXIN.....	14	VERZENIO.....	14	VOTRIENT.....	15
UPTRAVI.....	74	<i>vestura (28)</i>	89	<i>vp-ch plus</i>	143
<i>ursodiol</i>	54	V-GO 20.....	134	<i>vp-ch-pnv</i>	143
<i>valacyclovir</i>	102	V-GO 30.....	134	<i>vp-pnv-dha</i>	143
VALCHLOR.....	51	V-GO 40.....	134	VPRIV.....	140
<i>valganciclovir</i>	103	VICTOZA.....	20	VRAYLAR.....	29
<i>valproate sodium</i>	92	<i>vienna</i>	89	VUMERITY.....	44
<i>valproic acid</i>	92	<i>vigabatrin</i>	93	<i>vyfemla (28)</i>	89
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	92	<i>vigadrone</i>	93	<i>vylibra</i>	89
<i>valrubicin</i>	14	VIIBRYD.....	95	VYNDAMAX.....	35
<i>valsartan</i>	35	<i>vilazodone</i>	95	VYNDAQEL.....	35
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	35	VIMIZIM.....	140	VYXEOS.....	15
VALTOCO.....	93	VIMPAT.....	93	<i>warfarin</i>	137
<i>vancomycin</i>	80	<i>vinate care</i>	142	WEBCOL.....	51
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	134	<i>vinate gt</i>	142	WELIREG.....	15
VANISHPOINT SYRINGE.	134	<i>vinate ii</i>	142	<i>wera (28)</i>	89
VAQTA (PF).....	67	<i>vinate ultra</i>	142	XADAGO.....	26
<i>varenicline</i>	17	<i>vinorelbine</i>	14	XALKORI.....	15
VARIVAX (PF).....	67	<i>viorele (28)</i>	89	XARELTO.....	137
VASCEPA.....	37	VIRACEPT.....	100	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	137
VEKLURY.....	103	VIREAD.....	101	XATMEP.....	15
VELCADE.....	14	<i>virt-c dha</i>	142	XCOPRI.....	93
<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	89	<i>virt-nate dha</i>	142	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	93
VELPHORO.....	54	<i>virt-pn</i>	142	XCOPRI TITRATION PACK.....	93
VEMLIDY.....	100	<i>virt-pn dha</i>	142	XELJANZ.....	64
		<i>virt-pn plus</i>	142	XELJANZ XR.....	64
		VISTOGARD.....	73	XERMELO.....	54
		<i>vitafol gummies</i>	142	XGEVA.....	41
		<i>vitafol nano</i>	142		
		<i>vitafol-ob+dha</i>	143		

XHANCE.....	71	ZIRGAN.....	70
XIFAXAN.....	80	ZOLADEx.....	16
XIGDUO XR.....	20	<i>zoledronic acid</i>	41
XIIDRA.....	71	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	41
XOFLUZA.....	102	ZOLINZA.....	16
XOLAIR.....	45	<i>zolpidem</i>	41
XOSPATA.....	15	ZONISADE.....	93
XPOVIO.....	15	<i>zonisamide</i>	93
XTAMPZA ER.....	77	ZORBTIVE.....	60
XTANDI.....	15	<i>zovia 1-35 (28)</i>	89
<i>xulane</i>	89	ZTALMY.....	93
XULTOPHY 100/3.6.....	21	ZTLIDO.....	78
XURIDEN.....	73	ZULRESSO.....	95
XYOSTED.....	56	<i>zumandimine (28)</i>	89
XYREM.....	41	ZYDELIG.....	16
YERVOY.....	15	ZYKADIA.....	16
YF-VAX (PF).....	67	ZYLET.....	70
YONDELIS.....	16	ZYNLONTA.....	16
YONSA.....	16	ZYPREXA RELPREVV.....	30
<i>yuvafem</i>	57		
<i>zafemy</i>	89		
<i>zafirlukast</i>	47		
<i>zaleplon</i>	41		
<i>zarah</i>	89		
ZARXIO.....	139		
<i>zatean-pn dha</i>	143		
<i>zatean-pn plus</i>	143		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	73		
ZEGALOGUE SYRINGE.....	73		
ZEJULA.....	16		
ZELBORAF.....	16		
<i>zenatane</i>	51		
ZENPEP.....	140		
ZEPZELCA.....	16		
<i>zidovudine</i>	101		
<i>zingiber</i>	143		
<i>ziprasidone hcl</i>	29		
<i>ziprasidone mesylate</i>	30		
ZIRABEV.....	16		

Este formulario se actualizó el 12/01/2022.

Para obtener la información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros a Bright HealthCare al 1-833-726-0667 o, para usuarios TTY, 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.BrightHealthCare.com/Medicare.