

Champion Health Plan of Nevada

Renal Payer Solutions, Inc.

Formulario 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

Formulario 00024131, número de versión 19

Este formulario se actualizó el 12/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de Champion Health Plan al 1-844-282-5341 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a Viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). También puede visitar www.championhmo.com.

Nota a los miembros existentes: Esta lista de medicamentos es diferente al del año anterior. Por favor revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros” o a “nuestro”, se estará refiriendo a Champion. Cuando se refiere al “plan” o a “nuestro plan”, significa Champion.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) de nuestro plan, que entrará en vigencia el 12/01/2024. Para obtener un formulario actualizado, por favor póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

De forma general debe usar las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos controlados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 12/01/2024, y también de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de Champion?

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

¿Puede cambiar el formulario (la lista de medicamentos)?

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

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo movemos a otro nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones. Si actualmente toma el medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero posteriormente le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?”

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) considera que alguno de los medicamento de nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del mismo lo retira del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro formulario y daremos aviso a los miembros que toman dicho medicamento.

- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que se encuentra actualmente en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a otro nivel de costo compartido, o las dos cosas. O bien, podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario [o] agregamos una autorización previa, o límites de cantidad y/o restricciones de

tratamiento por pasos de algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, debemos notificarle a los miembros afectados sobre dicho cambio al menos 30 días antes de que el cambio sea efectivo, o en el momento en que el miembro solicite una reposición del medicamento, en cuyo caso el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

- Si hacemos estos u otros cambios, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluye información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?”

Cambios que no lo afectarán si toma actualmente el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto a principios de año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto en las condiciones descritas anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman 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 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán 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 actualizado a partir del 12/01/2024. Para obtener información actualizada acerca de los medicamentos cubiertos por Champion, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada.

¿Cómo puedo utilizar el formulario?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Padecimiento médico

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos de este formulario se agrupan en categorías según el tipo de padecimiento médico que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección del corazón aparecen bajo la categoría de Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque en la categoría el nombre de su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro de en qué categoría buscar, busque su medicamento en el Índice. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. Ambos medicamentos, tanto de marca como genéricos, están enlistados en el índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde podrá encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Champion cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés), ya que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos

genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Champion requiere que usted [o su médico] obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Champion antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, Champion podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Champion limita la cantidad del medicamento que Champion cubrirá. Por ejemplo, nuestro Plan proporciona 18 comprimidos de succinato de sumatriptán oral por receta para 28 días. Esto puede ser adicional al suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento por pasos:** En algunos casos, Champion requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, Champion podría no cubrir el medicamento B a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Champion 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 sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos si visita nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones en cuanto a autorizaciones previas y tratamiento por pasos. También puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a Champion una excepción a estas restricciones o límites, o una lista de otros medicamentos similares, que pudieran tratar la misma afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Champion?” en la página 1 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 el Servicio a Miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

Si Champion no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicio a Miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Champion. Cuando usted reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Champion.

- Usted puede solicitarle a Champion que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte lo siguiente para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Champion?

Usted puede solicitarle a Champion que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido, y usted no podría pedirnos que suministremos el medicamento a un nivel inferior de costo compartido.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel inferior de costo compartido, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidades. Si se aprueba, esto disminuiría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que exoneremos las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Champion 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, Champion 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 pudieran no ser tan efectivos para tratar su afección o pudieran provocarle efectos médicos adversos.

Debe contactarnos para solicitarnos una decisión inicial de cobertura con respecto a alguna excepción del formulario o restricción de uso. **Cuando solicite alguna excepción al formulario o a alguna restricción de uso, deberá ingresar una declaración de quién se lo haya recetado o de su médico quien apoya su solicitud.** Por lo general, debemos emitir una decisión dentro de las siguientes 72 horas a partir de recibir la declaración de apoyo de su médico. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o su médico consideran que su salud podría verse seriamente comprometida si espera hasta 72 horas para obtener una decisión. Si se autoriza su solicitud expedita, debemos proporcionarle una decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la declaración de apoyo de su médico u otra persona autorizada para recetar.

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

Como un miembro nuevo o uno que continua en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentren en nuestro formulario. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que no esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, puede ser que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta médica. Usted deberá hablar con su médico para decidir si deben cambiar a un medicamento apropiado que sí cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. En el transcurso antes de hablar con su médico para determinar el curso correcto de acción para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días a partir de que se afilie a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está escrita para

menos días, permitiremos resurtidos para proporcionar hasta un suministro máximo para 30 días del medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por dichos medicamentos, incluso si usted lleva menos de 90 días siendo miembro del plan.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no esté incluido en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener los medicamentos es limitada, pero usted lleva más de 90 días afiliado a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras tramita una excepción al formulario.

Los miembros que cambian de lugar de tratamiento debido a cambios en el nivel de atención también se consideran en transición. Estos miembros recibirán un resurtido de transición adecuado.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada acerca de su cobertura de medicamentos controlados por Champion, consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Champion, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que se actualizó el formulario por última vez, aparecen en la portada y contraportada.

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

Formulario de Champion

El formulario proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por Champion. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 107.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ej., HUMIRA) y los medicamentos genéricos están escritos en minúsculas en bastardilla (p. ej., *atorvastatina*).

La información en la columna de Requisitos/Límites indica si Champion tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento. La siguiente es una lista de abreviaturas que pueden aparecer en las siguientes páginas en la columna de Requisitos/Límites para indicarle si su medicamento está sujeto a algún requisito especial de cobertura.

Lista de Abreviaciones

B/D PA: Este medicamento recetado podría estar cubierto bajo Medicare Parte B o Parte D, dependiendo de las circunstancias. Puede ser necesario que se presente información que describa la utilización y las circunstancias en las que se administrará el medicamento, para que se pueda tomar una determinación.

EX: Medicamento excluido. Este medicamento recetado no se cubre normalmente bajo un plan de medicamentos recetados Medicare. La cantidad que usted paga cuando se surte una receta de este medicamento no se imputa al costo total de sus medicamentos (es decir, la cantidad que pague no le ayudará a calificar para recibir cobertura catastrófica). Además, si recibe asistencia suplementaria para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá asistencia suplementaria para pagar este medicamento.

GC: Cobertura durante la Falta de cobertura. Cubrimos este medicamento recetado durante la etapa de Falta de

cobertura. Consulte nuestro Folleto explicativo de la cobertura (EOC), para obtener más información acerca de esta cobertura.

LA: Disponibilidad limitada. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente de Express Scripts.

MO: Medicamento obtenido por correo. Este medicamento recetado está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo, así como en las farmacias minoristas de nuestra red. Considere utilizar el servicio de farmacia por correo para obtener sus medicamentos de uso continuo, o de mantenimiento (por ejemplo, los medicamentos para la presión sanguínea elevada). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más adecuadas para obtener medicamentos de uso a corto plazo (por ejemplo, los antibióticos).

NEDS: Medicamentos con suministro de día no extendido. Este medicamento solo está disponible como suministro de 30 días o menos.

PA: Autorización previa. El Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para obtener ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener aprobación antes de que se surtan sus recetas. Si no obtiene aprobación, podríamos no cubrir el medicamento.

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

ST: Terapia de paso. En algunos casos, el Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para el tratamiento de su afección médica antes de que podamos cubrir otro medicamento para tratar esa afección. Por ejemplo, si puede utilizarse tanto un medicamento A como un medicamento B en el tratamiento de la misma afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le produce mejoras, cubriremos el medicamento B.

V: Esta vacuna se suministra a los adultos sin costo alguno cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	19
Agentes Antiansiedad	20
Agentes Antidemencia	21
Agentes Antidiabetico	22
Agentes Antigota	26
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	28
Agentes Antiparasitarios	30
Agentes Antiparkinson	31
Agentes Antipsicóticos	33
Agentes Calóricos	39
Agentes Cardiovasculares	40
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	52
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	53
Agentes De Trastorno De Sueño	54
Agentes Del Sistema Nervioso Central	55
Agentes Del Tracto Respiratorio	60
Agentes Dentales Y Orales	65
Agentes Dermatológicos	66
Agentes Gastrointestinales	71
Agentes Genitourinarios	75
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	76
Agentes Inmunológicos	82
Agentes Oftálmicos	93
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	94
Agentes Terapeuticos Misceláneos	99
Agentes Vasodilatadores	101
Analgésicos	102
Anestésicos	107
Antagonistas De Metales Pesados	107
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	108
Antibacterianos	108
Anticonceptivos	116
Anticonvulsivos	125
Antidepresivos	130
Antifúngicos	133
Antihistamínicos	135

Antimicrobacteriales.....	135
Antivirales (Sistémico).....	136
Dispositivos.....	142
Non-Frf.....	185
Preparaciones De Reemplazo.....	185
Productos Para La Tos Y Resfriado.....	187
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	187
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	191
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	192
Vitaminas Y Minerales.....	193

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NDS
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	2	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5	PA NSO; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	GC
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	5	PA NSO; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	5	NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 (Velcade) mg</i>	5	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	5	PA NSO; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, (Sprycel) 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)</i>	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg (Dacogen)</i>	5	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 (Caelyx)</i>	5	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL OUTER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA BvD
<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
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 (lomustine) MG, 100 MG, 40 MG	4	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptapurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA NSO; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	ST; QL (2688 per 365 days)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	ST; QL (240 per 180 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
Agentes Antiansiedad		
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	QL (1200 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml vial 25's, outer</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	2	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA NSO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA NSO; QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	6	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	GC; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
(dapaglifloz propaned-metformin)		
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
(dapaglifloz propaned-metformin)		
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insuln)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	max \$35 copay per month supply; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	3
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		3
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		6
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>		6
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>		6
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>		6
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		6
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	(Glucotrol XL)	6
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	(Glucotrol XL)	6
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>		6
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>		6
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		6
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		6
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		6
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	(Zyloprim)	1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcryst)	2	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	5	NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 32 MG/4.4 ML (7.2 MG/ML)	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	5	PA BvD; NDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	2	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; QL (42 per 7 days)
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
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> (Azilect)	2	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NDS; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NDS; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	2	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	2	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100- 20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	4	ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	2	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	2	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; 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>	2	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>lidocaine (pf) injection syringe 100 mg/5 ml (2 %)</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 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	GC
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 240 mg</i>	2	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg</i>	2	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	QL (60 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	6	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	6	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	3	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	GC
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	6	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	GC
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	6	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> (Lotrel) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	6	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> 2.5-10 mg, 5-40 mg	6	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet</i> (Azor) 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg (Exforge)	6	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd oral tablet</i> 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	6	GC
<i>isradipine oral capsule</i> 2.5 mg, 5 mg	2	
<i>nicardipine oral capsule</i> 20 mg, 30 mg	2	
<i>nifedipine oral capsule</i> 10 mg, 20 mg	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-10 mg, 5-10 mg (Caduet)	6	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg (Caduet)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	6	GC
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine-aspartame)	2	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	2	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	6	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	6	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	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
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	GC
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	GC
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	6	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 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> (Accupril)	6	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	GC
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	6	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alose tron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	
<i>alose tron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	2	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	2	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	GC; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	2	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	2	QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	2	QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	2	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NDS; QL (210 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24- 30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) <i>60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenedi)	2	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i> (Zenedi)	2	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Zenedi)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NDS
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	2	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	2	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	5	PA; NDS; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	2	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D)/150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	5	PA; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyndra inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	2	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Breyna) <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> (Wixela Inhub) <i>inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion- salmeterol)	2	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	2	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa</i> (Ventolin HFA) <i>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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	2	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evovac)	2	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	GC
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 % (triamcinolone acetonide)	2	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>periorgard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i> (hydrocortisone)	2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	2	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	2	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	2	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln</i> (GaviLyte-N) 420 gram	2	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln</i> (Suprep Bowel Prep Kit) 17.5-3.13-1.6 gram	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln</i> 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule</i> 0.5 mg (Avodart)	2	
<i>finasteride oral tablet</i> 5 mg (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule</i> 0.4 mg (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule</i> 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	GC
<i>tiopronin oral tablet</i> 100 mg (Thiola)	5	NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i> 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
<i>fesoterodine oral tablet extended release</i> 24 hr 4 mg, 8 mg (Toviaz)	2	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i> 5 mg/5 ml	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i> 5 mg	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release</i> 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	2	
<i>solifenacin oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Vesicare)	1	GC
<i>tolterodine oral capsule,extended release</i> 24hr 2 mg, 4 mg (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet</i> 1 mg, 2 mg (Detrol)	2	
<i>tropium oral tablet</i> 20 mg	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	(Euthyrox) 1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i>	(Levo-T) 1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	(Cytomel) 2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	(Depo-Testosterone) 2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i>	(Vogelxo) 2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i>	(AndroGel) 2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i>	(AndroGel) 2	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	2	PA; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	2	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	(Fyavolv)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG		3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG	(conjugated estrogens)	3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	(Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	(estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	(Celestone Soluspan)	2	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>		1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>		1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>		1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>		2	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	(Cortef)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone acetate injection</i> (Depo-Medrol) <i>suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	4	
<i>triamcinolone acetate injection</i> (Kenalog) <i>suspension 40 mg/ml</i>	2	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	2	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i> (Sandostatin)	2	
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection syringe</i> 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	2	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	4	QL (1 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	2	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> <i>suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> <i>syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG (tacrolimus)	4	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	2	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
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; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	2	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)- 30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)- 30 MG(19)	5	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	GC
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	6	GC; \$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	GC; \$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	GC; \$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	GC; \$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	6	GC
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	GC; QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	GC; \$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	GC; \$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	6	GC; \$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	GC
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	GC
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	PA BvD; GC; \$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	GC
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	GC; \$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	GC
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	GC
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	GC
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	6	GC
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2-3.3CCID50/0.5ML	6	GC; \$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3-3.99 TCID50/0.5	6	GC
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)	6	GC
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	GC
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	PA BvD; GC; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	PA BvD; GC; \$0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	GC
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	6	GC
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	GC
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML toxoids-td)	6	GC; \$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	GC; \$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	GC
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	6	GC; QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	GC; \$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	GC; \$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR (typhoid vi polysacch SYRINGE 25 MCG/0.5 ML vaccine)	6	GC; \$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	6	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	6	GC; \$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	6	GC
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	6	GC; \$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	GC; \$0 copay; QL (2 per 365 days)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	6	GC; \$0 copay
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)	6	GC; \$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %</i>	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) (Combigan) drops 0.2-0.5 %</i>	2	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) (Azopt) drops,suspension 1 %</i>	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) (Cosopt) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 % (Xalatan)</i>	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<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>	2	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 % (Travatan Z)</i>	2	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram (Polycin)</i>	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	QL (7.5 per 7 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 2	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa) 3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (BromSite) 0.075 %	3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	2	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops</i> 0.01 % (DermOtic Oil)	2	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.1 % (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Acular)	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel</i> 0.5 % (Lotemax)	2	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.2 % (Alrex)	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/actuation (Allergy Nasal (mometasone))	2	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 1 % (Pred Forte)	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPTHALMIC (EYE) (cyclosporine) 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 OPTHALMIC (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> (Isopto Atropine)	2	
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	2	
CYSTARAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch Relief) 0.2 %	2	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> (Alcaine) 0.5 %	2	
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NDS
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
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 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 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</i> (Vistaril)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	1	GC
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml</i> (Carnitor (sugar-free))	2	
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	QL (30 per 30 days)
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	1	GC; EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	PA-HRM; GC; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	PA-HRM; GC; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	PA-HRM; QL (60 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>piroxicam oral capsule 20 mg</i> (Feldene)	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (codeine-butalbital-asa-caff)	2	PA-HRM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<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> (Esgic)	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	2	PA-HRM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>10-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet</i> (Endocet) <i>7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL (oxycodone) TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	5	NDS; QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml ampule outer,p/f,svd 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	
<i>lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (Tridacaine II)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	2	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG (deferiprone)	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
<i>naftcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	2	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	
<i>moxifloxacin-sod. chloride (iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i> (Vibramycin)	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 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 document.

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	2	QL (3 per 28 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i>	4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienna oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol)	2	QL (3 per 28 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	4	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; 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 document.

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	2	
<i>casposfungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	5	NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole 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>	2	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	2	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>voriconazole intravenous recon soln</i> 200 mg (Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i> 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet</i> 200 mg, 50 mg (Vfend)	2	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup</i> 2 mg/5 ml	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i> 50 mg/ml	2	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe</i> 50 mg/ml	1	GC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i> 12.5 mg/5 ml (Diphen)	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i> 25 mg/ml, 50 mg/ml	2	
<i>hydroxyzine hcl oral solution</i> 10 mg/5 ml	2	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i> 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
<i>levocetirizine oral tablet</i> 5 mg (24HR Allergy Relief)	1	GC
<i>promethazine oral syrup</i> 6.25 mg/5 ml	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet</i> 100 mg, 25 mg	2	
<i>ethambutol oral tablet</i> 100 mg, 400 mg	2	
<i>isoniazid oral solution</i> 50 mg/5 ml	2	
<i>isoniazid oral tablet</i> 100 mg, 300 mg	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet</i> 500 mg	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	2	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<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> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; 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 document.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	2	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	\$0 copay; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 33G 33 GAUGE X 5/32"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	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 PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
ASSURE ID SYR 1 ML 29GX1/2" (RX) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O (insulin syringe NEEDLE needleless)	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	2	
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
COMFORT EZ INS 1 ML 31G (insulin syringe-needle 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	2	
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 " (gauze bandage)	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 (insulin syringe-needle u-100) 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		2
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (CareFine Pen Needle)	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (Comfort EZ Pen Needles)	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (Advocate Pen Needle)	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (Comfort EZ Pen Needles)	2	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (Comfort EZ Pen Needles)	2	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE		2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
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	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
ULTICAR INS 0.3 ML (insulin syr/ndl u100 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X half mark) 1/4"	2	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G (Advocate Syringes) 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G (Advocate Syringes) 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	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	(insulin syringe-needle u-100)
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	(insulin syringe-needle u-100)
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	(insulin syringe-needle u-100)
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	(pen needle, diabetic)
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	(insulin syringe-needle u-100)

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 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 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 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 document.

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
Non-Frf		
Non-Frf		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
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>	2	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i>	2	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</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 Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	1	GC; EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	GC
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; 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	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NDS; QL (14 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i> (Dodex)	1	GC; EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i> (Drisdol)	1	GC; EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	1	GC; EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	
<i>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 oral combo pack 29-1-400 mg</i>	2	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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 document.

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 142, 143	ADVOCATE SYRINGES.....143	<i>amitriptyline</i> 130
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 143	<i>afirmelle</i>.....116	<i>amlodipine</i> 46
<i>abacavir</i>.....136	AIRSUPRA..... 62, 63	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 47
<i>abacavir-lamivudine</i>.....136	AJOVY AUTOINJECTOR.....27	<i>amlodipine-benazepril</i>.....47
ABELCET..... 133	AJOVY SYRINGE.....27	<i>amlodipine-olmesartan</i>.....47
ABILIFY ASIMTUFII..... 33	AKEEGA.....3	<i>amlodipine-valsartan</i>.....47
ABILIFY MAINTENA..... 33	AKYNZEO	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..47
<i>abiraterone</i> 3	(FOSNETUPITANT)..... 28	<i>ammonium lactate</i>.....68
ABOUTTIME PEN NEEDLE..143	AKYNZEO (NETUPITANT).... 29	<i>amoxapine</i>.....130
ABRAXANE.....3	<i>ala-cort</i> 66	<i>amoxicillin</i> 113
ABRYSVO (PF).....88	<i>albendazole</i>.....30	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 113
<i>acamprosate</i>.....19	<i>albuterol sulfate</i>.....63, 64	<i>amphotericin b</i>.....133
<i>acarbose</i>.....22	<i>alclometasone</i> 66	<i>amphotericin b liposome</i> 133
<i>accutane</i>.....68	ALCOHOL PADS.....68	<i>ampicillin</i> 113
<i>acebutolol</i> 42	ALCOHOL PREP PADS..... 69	<i>ampicillin sodium</i> 113
<i>acetaminophen-codeine</i>.....103	ALCOHOL PREP SWABS.....68	<i>ampicillin-sulbactam</i> 113
<i>acetazolamide</i> 93	ALCOHOL SWABS..... 68	<i>anagrelide</i>.....187
<i>acetazolamide sodium</i>.....93	ALCOHOL WIPES..... 68	<i>anastrozole</i> 3
<i>acetic acid</i>.....94	ALECENSA..... 3	ANKTIVA.....3
<i>acetylcysteine</i>.....60	<i>alendronate</i>.....53	ANORO ELLIPTA.....64
<i>acitretin</i>.....68	<i>alfuzosin</i>.....75	<i>apomorphine</i>.....31
ACTEMRA.....82	<i>aliskiren</i> 51	APONVIE.....29
ACTEMRA ACTPEN..... 82	<i>allopurinol</i> 26, 27	<i>apraclonidine</i>.....98
ACTHAR.....79	<i>alosetron</i>.....52	<i>aprepitant</i> 29
ACTHAR SELFJECT..... 79, 80	<i>alprazolam</i>.....20	APRETUDE..... 136
ACTHIB (PF)..... 88	<i>altavera (28)</i> 116	<i>apri</i>.....116
ACTIMMUNE.....99	ALTRENO.....71	APTIOM.....125
<i>acyclovir</i> 68, 142	ALUNBRIG.....3	APTIVUS..... 136
<i>acyclovir sodium</i>.....142	ALVAIZ..... 189	AQINJECT PEN NEEDLE..... 144
ADACEL(TDAP	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 116	<i>aranelle (28)</i> 116
ADOLESN/ADULT)(PF)..... 88	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 116	ARCALYST..... 82
<i>adapalene</i>.....71	<i>alyq</i> 101	AREXVY (PF)..... 88
<i>adefovir</i>.....142	<i>amabelz</i>.....77	AREXVY ANTIGEN
ADEMPAS..... 101	<i>amantadine hcl</i> 31	COMPONENT..... 88
<i>adrucil</i>.....3	<i>ambrisentan</i> 101	<i>aripiprazole</i> 33
ADVAIR HFA.....62	<i>amethia</i> 116	ARISTADA.....33, 34
ADVOCATE PEN NEEDLE... 144	<i>amiloride</i>.....49	ARISTADA INITIO.....33
	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..49	<i>armodafinil</i> 54
	<i>amiodarone</i>.....41	ARNUITY ELLIPTA..... 62

<i>ascomp with codeine</i>	104	<i>azithromycin</i>	112	BD VEO INSULIN SYR	
<i>asenapine maleate</i>	34	<i>aztreonam</i>	110	(HALF UNIT).....	146
<i>ashlyna</i>	116	<i>azurette (28)</i>	117	BD VEO INSULIN SYRINGE	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	189	<i>bacitracin</i>	94	UF.....	146, 147
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>bacitracin-polymyxin b</i>	94	BELSOMRA.....	54
PEN NDL.....	144	<i>baclofen</i>	192	<i>benazepril</i>	50
ASSURE ID DUO-SHIELD....	144	<i>bal-care dha</i>	193	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	50
ASSURE ID INSULIN		<i>bal-care dha essential</i>	193	<i>bendamustine</i>	3
SAFETY.....	144	<i>balsalazide</i>	52	BENDAMUSTINE.....	4
ASSURE ID PEN NEEDLE....	144	BALVERSA.....	3	BENDEKA.....	4
ASSURE ID PRO PEN		<i>balziva (28)</i>	117	BENLYSTA.....	82
NEEDLE.....	144	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	88	<i>benzonatate</i>	187
ASTAGRAF XL.....	82	BD ALCOHOL SWABS.....	68	<i>benztropine</i>	31
<i>atazanavir</i>	136	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BESREMI.....	82
<i>atenolol</i>	42	NEEDLE.....	145	<i>betaine</i>	99
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	42	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	145	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	78
<i>atomoxetine</i>	55	BD INSULIN SYRINGE.....	145	<i>betamethasone dipropionate</i>	66
<i>atorvastatin</i>	47	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone valerate</i>	66
<i>atovaquone</i>	30	(HALF UNIT).....	145	<i>betamethasone, augmented</i>	66
<i>atovaquone-proguanil</i>	30	BD INSULIN SYRINGE SLIP		BETASERON.....	56
<i>atropine</i>	98	TIP.....	145	<i>betaxolol</i>	42
ATROVENT HFA.....	64	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>bethanechol chloride</i>	75
<i>aubra eq</i>	117	500.....	145	<i>bexarotene</i>	4
AUGTYRO.....	3	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO.....	88
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	117	ULTRA-FINE.....	145	<i>bicalutamide</i>	4
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	117	BD NANO 2ND GEN PEN		BICILLIN L-A.....	114
<i>aurovela 24 fe</i>	117	NEEDLE.....	145	BIKTARVY.....	136
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	117	BD SAFETYGLIDE INSULIN		<i>bisoprolol fumarate</i>	42
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	117	SYRINGE.....	145, 146	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	42
AUSTEDO.....	55	BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>bleomycin</i>	4
AUSTEDO XR.....	55	.....	146	<i>blisovi 24 fe</i>	117
AUSTEDO XR TITRATION		BD ULTRA-FINE MICRO		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	117
KT(WK1-4).....	56	PEN NEEDLE.....	146	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	117
AUVELITY.....	130	BD ULTRA-FINE MINI PEN		BOOSTRIX TDAP.....	88, 89
<i>aviane</i>	117	NEEDLE.....	146	BORDERED GAUZE.....	147
AVONEX.....	56	BD ULTRA-FINE NANO PEN		<i>bortezomib</i>	4
<i>ayuna</i>	117	NEEDLE.....	146	<i>bosentan</i>	101
AYVAKIT.....	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN		BOSULIF.....	4
<i>azacitidine</i>	3	NEEDLE.....	146	BRAFTOVI.....	4
<i>azathioprine</i>	82	BD ULTRA-FINE SHORT		BREO ELLIPTA.....	62
<i>azathioprine sodium</i>	82	PEN NEEDLE.....	146	<i>breyna</i>	62
<i>azelastine</i>	98			BREZTRI AEROSPHERE.....	64

<i>briellyn</i>	117	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chlorzoxazone</i>	192
BRILINTA.....	189	<i>entacapone</i>	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	47
<i>brimonidine</i>	93	CAREFINE PEN NEEDLE.....	<i>cholestyramine light</i>	47
<i>brimonidine-timolol</i>	93	CARETOUCH ALCOHOL	<i>ciclopirox</i>	133
<i>brinzolamide</i>	93	PREP PAD.....	<i>cilostazol</i>	189
BRIVIACT.....	125	CARETOUCH INSULIN	CIMDUO.....	136
<i>bromfenac</i>	96, 97	SYRINGE.....	<i>cimetidine hcl</i>	71
<i>bromocriptine</i>	31	CARETOUCH PEN NEEDLE.....	<i>cinacalcet</i>	53
BRONCHITOL.....	60	<i>carglumic acid</i>	CINQAIR.....	60
BRUKINSA.....	4	<i>carteolol</i>	CINRYZE.....	189
<i>budesonide</i>	52, 62	<i>cartia xt</i>	<i>ciprofloxacin</i>	115
<i>budesonide-formoterol</i>	63	<i>carvedilol</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	94, 114
<i>bumetanide</i>	49	<i>casprofungin</i>	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	114
<i>buprenorphine hcl</i>	19, 104	CAYSTON.....	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	94
<i>buprenorphine-naloxone</i>	19	<i>caziant (28)</i>	<i>citalopram</i>	130
<i>bupropion hcl</i>	130	<i>cefactor</i>	<i>clarithromycin</i>	112
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	19	<i>cefadroxil</i>	CLENPIQ.....	74
<i>bupirone</i>	99	<i>cefazolin</i>	CLICKFINE PEN NEEDLE....	148
<i>butalbital-acetaminophen-caff.</i>	104	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	<i>clindamycin hcl</i>	109
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	104	<i>cefdinir</i>	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	109
CABENUVA.....	136	<i>cefepime</i>	<i>clindamycin pediatric</i>	109
<i>cabergoline</i>	31	<i>cefexime</i>	<i>clindamycin phosphate</i>	70, 108, 109
CABLIVI.....	187	<i>cefotaxime</i>	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	70
CABOMETYX.....	4	<i>cefoxitin</i>	CLINIMIX 5%/D15W	
<i>cabotegravir</i>	136	<i>cefpodoxime</i>	SULFITE FREE.....	39
<i>caffeine citrate</i>	56	<i>cefprozil</i>	CLINIMIX 4.25%/D10W	
<i>calcipotriene</i>	68	<i>ceftazidime</i>	SULF FREE.....	39
<i>calcitonin (salmon)</i>	53	<i>ceftriaxone</i>	CLINIMIX 4.25%/D5W	
<i>calcitriol</i>	53	<i>cefuroxime axetil</i>	SULFIT FREE.....	39
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	74	<i>cefuroxime sodium</i>	CLINIMIX 5%-	
<i>calcium chloride</i>	185	<i>celecoxib</i>	D20W(SULFITE-FREE).....	39
CALQUENCE		<i>cephalexin</i>	CLINIMIX 6%-D5W	
(ACALABRUTINIB MAL).....	4	CERDELGA.....	(SULFITE-FREE).....	39
<i>camila</i>	117	<i>cevimeline</i>	CLINIMIX 8%-	
<i>candesartan</i>	45	<i>chateal eq (28)</i>	D10W(SULFITE-FREE).....	39
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	45	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	CLINIMIX 8%-	
CAPLYTA.....	34	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	D14W(SULFITE-FREE).....	39
CAPRELSA.....	4	<i>chlorhexidine gluconate</i>	CLINIMIX E 2.75%/D5W	
<i>captopril</i>	51	<i>chloroquine phosphate</i>	SULF FREE.....	39
<i>carbamazepine</i>	125	<i>chlorothiazide sodium</i>	CLINIMIX E 4.25%/D10W	
<i>carbidopa-levodopa</i>	31, 32	<i>chlorpromazine</i>	SUL FREE.....	40
		<i>chlorthalidone</i>		

CLINIMIX E 4.25%/D5W	<i>compro</i>	29	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	118
SULF FREE.....	<i>constulose</i>	72	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	118
CLINIMIX E 5%/D15W	COPAXONE.....	56	DAURISMO.....	5
SULFIT FREE.....	COPIKTRA.....	5	<i>daysee</i>	118
CLINIMIX E 5%/D20W	CORLANOR.....	44	<i>deblitane</i>	118
SULFIT FREE.....	CORTROPHIN GEL.....	80	<i>decitabine</i>	5
CLINIMIX E 8%-D10W	COSENTYX.....	83, 99	<i>deferasirox</i>	107, 108
SULFITEFREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES).....	82	<i>deferiprone</i>	108
<i>clobazam</i>	COSENTYX PEN (2 PENS).....	82	DELSTRIGO.....	137
<i>clobetasol</i>	COSENTYX UNOREADY		DENG VAXIA (PF).....	89
<i>clobetasol-emollient</i>	PEN.....	83	<i>denta 5000 plus</i>	65
<i>clomipramine</i>	COTELLIC.....	5	<i>dentagel</i>	65
<i>clonazepam</i>	CREON.....	191	DEPO-SUBQ PROVERA 104..	81
<i>clonidine</i>	<i>cromolyn</i>	60, 72, 98	DERMACEA.....	151
<i>clonidine hcl</i>	<i>cryselle (28)</i>	117	DERMACEA NON-WOVEN..	151
<i>clopidogrel</i>	CURAD GAUZE PAD.....	151	DESCOVY.....	137
<i>clorazepate dipotassium</i>	CURITY ALCOHOL SWABS..	69	<i>desipramine</i>	130
<i>clotrimazole</i>	CURITY GAUZE.....	151	<i>desmopressin</i>	80
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	193	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	118
<i>clozapine</i>	<i>cyclobenzaprine</i>	192	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	118
<i>c-nate dha</i>	<i>cyclopentolate</i>	98	<i>desoximetasone</i>	66
COARTEM.....	<i>cyclophosphamide</i>	5	<i>desvenlafaxine succinate</i>	130
COBENFY.....	<i>cyclosporine</i>	83	<i>dexamethasone</i>	78
COBENFY STARTER PACK...	<i>cyclosporine modified</i>	83	<i>dexamethasone sodium phos</i>	
<i>codeine sulfate</i>	<i>cyproheptadine</i>	135	<i>(pf)</i>	78
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	CYRAMZA.....	5	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>colchicine</i>	<i>cyred eq</i>	117	<i>phosphate</i>	78, 97
<i>colesevelam</i>	CYSTARAN.....	98	<i>dexmethylphenidate</i>	56
<i>colestipol</i>	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		<i>dextroamphetamine sulfate</i>	56
<i>colistin (colistimethate na)</i>	<i>chloride</i>	185	<i>dextroamphetamine-</i>	
COMBIVENT RESPIMAT.....	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	185	<i>amphetamine</i>	56
COMETRIQ.....	<i>dabigatran etexilate</i>	188	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> ...	40
COMFORT EZ INSULIN	<i>dalfampridine</i>	56	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	40
SYRINGE.....	<i>danazol</i>	76	DIACOMIT.....	125, 126
COMFORT EZ PEN	<i>dantrolene</i>	193	<i>diazepam</i>	20, 21, 126
NEEDLES.....	DANYELZA.....	5	<i>diazepam intensol</i>	20
COMFORT EZ PRO SAFETY	<i>dapsone</i>	135	<i>diazoxide</i>	99
PEN NDL.....	DAPTACEL (DTAP		<i>diclofenac potassium</i>	102
COMFORT TOUCH PEN	PEDIATRIC) (PF).....	89	<i>diclofenac sodium</i>	97, 102
NEEDLE.....	<i>daptomycin</i>	109	<i>diclofenac-misoprostol</i>	102
COMPLERA.....	<i>darunavir</i>	137	<i>dicloxacillin</i>	114
<i>completenate</i>	<i>dasatinib</i>	5	<i>dicyclomine</i>	72

<i>didanosine</i>	137	DROPLET MICRON PEN	EASY TOUCH SAFETY PEN
DIFICID	112	NEEDLE	NEEDLE
<i>difluprednate</i>	97	DROPLET PEN NEEDLE	EASY TOUCH
<i>digitek</i>	44	.....	SHEATHLOCK INSULIN
<i>digox</i>	45	.....	152, 153
<i>digoxin</i>	45	DROPSAFE ALCOHOL PREP	EASY TOUCH UNI-SLIP
<i>dihydroergotamine</i>	27	PADS	157
<i>diltiazem hcl</i>	43, 44	DROPSAFE INSULIN	<i>ec-naproxen</i>
<i>dilt-xr</i>	44	SYRINGE	102
<i>dimenhydrinate</i>	29	DROPSAFE PEN NEEDLE	<i>econazole</i>
<i>dimethyl fumarate</i>	57	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..	133
DIPENTUM	52	DROXIA	EDARBI
<i>diphenhydramine hcl</i>	135	<i>droxidopa</i>	45
<i>diphenoxylate-atropine</i>	72	DUAVEE	EDARBYCLOR
<i>dipyridamole</i>	189	<i>duloxetine</i>	46
<i>disopyramide phosphate</i>	41	DUPIXENT PEN	EDURANT
<i>disulfiram</i>	19	DUPIXENT SYRINGE	137
<i>divalproex</i>	126	<i>dutasteride</i>	<i>efavirenz</i>
<i>dofetilide</i>	41	EASY COMFORT ALCOHOL	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i> ..
<i>donepezil</i>	21	PAD	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i> ..
DOPTELET (10 TAB PACK) ..	189	EASY COMFORT INSULIN	EGRIFTA SV
DOPTELET (15 TAB PACK) ..	189	SYRINGE	<i>electrolyte-148</i>
DOPTELET (30 TAB PACK) ..	190	EASY COMFORT PEN	ELIGARD
<i>dorzolamide</i>	93	NEEDLES	6
<i>dorzolamide-timolol</i>	94	.....	ELIGARD (3 MONTH)
<i>dotti</i>	77	EASY COMFORT SAFETY	6
DOVATO	137	PEN NEEDLE	ELIGARD (4 MONTH)
<i>doxazosin</i>	41	.....	6
<i>doxepin</i>	131	EASY GLIDE INSULIN	ELIGARD (6 MONTH)
<i>doxorubicin</i>	5	SYRINGE	6
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	EASY GLIDE PEN NEEDLE ..	<i>elinest</i>
<i>doxy-100</i>	115	.....	118
<i>doxycycline hyclate</i>	115	EASY TOUCH	ELIQUIS
<i>doxycycline monohydrate</i>	116	.....	188
DRIZALMA SPRINKLE	131	EASY TOUCH ALCOHOL	ELIQUIS DVT-PE TREAT
<i>dronabinol</i>	29	PREP PADS	30D START
<i>droperidol</i>	29	.....	188
DROPLET INSULIN		EASY TOUCH FLIPLOCK	ELLA
SYR(HALF UNIT)	151	INSULIN	118
DROPLET INSULIN		SYRINGE	ELMIRON
SYRINGE	151, 152	EASY TOUCH INSULIN	99
		SAFETY SYR	ELREXFIO
		.....	6
		EASY TOUCH INSULIN	<i>eluryng</i>
		SYRINGE	118
		.....	EMBRACE PEN NEEDLE
		EASY TOUCH LUER LOCK	.....
		INSULIN	157, 158
		EASY TOUCH PEN NEEDLE	EMCYT
		.....	6
			EMEND
			29
			EMGALITY PEN
			27
			EMGALITY SYRINGE
			27
			EMSAM
			131
			<i>emtricitabine</i>
			137
			<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>
			137
			EMTRIVA
			137
			<i>emzahn</i>
			118
			<i>enalapril maleate</i>
			51
			<i>enalaprilat</i>
			51
			<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>
			51
			ENBREL
			83

ENBREL MINI.....	83	<i>eszopiclone</i>	55	<i>fesoterodine</i>	75
ENBREL SURECLICK.....	83	<i>ethambutol</i>	135	FETZIMA.....	131
<i>endocet</i>	104	<i>ethosuximide</i>	126	FIASP FLEXTOUCH U-100	
ENGERIX-B (PF).....	89	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...	118	INSULIN.....	24
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	89	<i>etodolac</i>	102	FIASP PENFILL U-100	
<i>enilloring</i>	118	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	119	INSULIN.....	24
<i>enoxaparin</i>	188	ETOPOPHOS.....	6	FIASP U-100 INSULIN.....	24
<i>enpresse</i>	118	<i>etoposide</i>	6	<i>finasteride</i>	75
<i>enskyce</i>	118	<i>etravirine</i>	137	<i>fingolimod</i>	57
<i>entacapone</i>	32	EUCRISA.....	67	FINTEPLA.....	126
<i>entecavir</i>	142	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7	FIRMAGON KIT W	
ENTRESTO.....	46	<i>everolimus</i>		DILUENT SYRINGE.....	7
ENTRESTO SPRINKLE.....	46	<i>(immunosuppressive)</i>	83	FLEBOGAMMA DIF.....	83
<i>enulose</i>	72	EVOTAZ.....	137	<i>flecainide</i>	41
EPCLUSA.....	140, 141	EVRYSDI.....	99	<i>floxuridine</i>	7
EPIDIOLEX.....	126	<i>exemestane</i>	7	<i>fluconazole</i>	133
<i>epinastine</i>	98	EXKIVITY.....	7	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	133
<i>epinephrine</i>	45	EXTENCILLINE.....	114	<i>flucytosine</i>	134
<i>epitol</i>	126	EYSUVIS.....	97	<i>fludrocortisone</i>	78
EPIVIR HBV.....	137	<i>ezetimibe</i>	48	<i>flumazenil</i>	57
EPKINLY.....	6	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	48	<i>flunisolide</i>	97
<i>eplerenone</i>	51	<i>falmina (28)</i>	119	<i>fluocinolone</i>	67
EPRONTIA.....	126	<i>famciclovir</i>	142	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	97
ERBITUX.....	6	<i>famotidine</i>	72	<i>fluocinonide</i>	67
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	193	<i>famotidine (pf)</i>	71	<i>fluocinonide-emollient</i>	67
<i>ergoloid</i>	21	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	72	<i>fluoride (sodium)</i>	65
ERIVEDGE.....	6	FANAPT.....	34	<i>fluorometholone</i>	97
ERLEADA.....	6	FARXIGA.....	22	<i>fluorouracil</i>	7, 69
<i>erlotinib</i>	6	FASENRA.....	60	<i>fluoxetine</i>	131
<i>errin</i>	118	FASENRA PEN.....	60	<i>fluphenazine decanoate</i>	35
<i>ertapenem</i>	110	<i>febuxostat</i>	27	<i>fluphenazine hcl</i>	35
<i>ery pads</i>	70	<i>felbamate</i>	126	<i>flurbiprofen</i>	102
<i>erythromycin</i>	95, 113	FEMRING.....	77	<i>flurbiprofen sodium</i>	97
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	112	<i>fenofibrate</i>	48	<i>fluticasone propionate</i>	63, 67, 97
<i>erythromycin with ethanol</i>	70	<i>fenofibrate micronized</i>	48	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	63
<i>escitalopram oxalate</i>	131	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	48	<i>fluvastatin</i>	48
<i>esomeprazole magnesium</i>	71	<i>fenofibric acid (choline)</i>	48	<i>fluvoxamine</i>	131
<i>esomeprazole sodium</i>	71	<i>fentanyl</i>	104	<i>folic acid</i>	193
<i>estarylla</i>	118	<i>fentanyl citrate</i>	104	<i>folivane-ob</i>	193
<i>estradiol</i>	77	FERRIPROX.....	108	<i>fondaparinux</i>	188
<i>estradiol valerate</i>	77	FERRIPROX (2 TIMES A		<i>fosamprenavir</i>	137
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	77	DAY).....	108	<i>fosaprepitant</i>	29

<i>foscarnet</i>	141	GILENYA.....	57	HEALTHY ACCENTS	
<i>fosinopril</i>	51	GILOTRIF.....	7	UNIFINE PENTIP.....	159, 160
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	51	<i>glatiramer</i>	57	<i>heather</i>	119
<i>fosphenytoin</i>	126	<i>glatopa</i>	57	<i>heparin (porcine)</i>	188
FOTIVDA.....	7	GLEOSTINE.....	8	<i>heparin, porcine (pf)</i>	188
FREESTYLE PRECISION.....	158	<i>glimepiride</i>	26	HEPLISAV-B (PF).....	89
FRUZAQLA.....	7	<i>glipizide</i>	26	HERCEPTIN HYLECTA.....	8
FULPHILA.....	190	<i>glipizide-metformin</i>	26	HERZUMA.....	8
<i>fulvestrant</i>	7	<i>glutamine (sickle cell)</i>	99	HIBERIX (PF).....	89
<i>furosemide</i>	50	<i>glyburide</i>	26	HUMIRA.....	84
FUZEON.....	137	<i>glyburide micronized</i>	26	HUMIRA PEN.....	84
FYARRO.....	7	<i>glyburide-metformin</i>	26	HUMIRA PEN CROHNS-UC-	
<i>fyavolv</i>	77	<i>glycopyrrolate</i>	73	HS START.....	84
FYCOMPA.....	126	<i>glydo</i>	107	HUMIRA PEN PSOR-	
<i>gabapentin</i>	126, 127	GLYXAMBI.....	22	UVEITS-ADOL HS.....	84
GALAFOLD.....	191	<i>granisetron (pf)</i>	29	HUMIRA(CF).....	85
<i>galantamine</i>	21	<i>granisetron hcl</i>	29	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS	
<i>gallifrey</i>	81	GRANIX.....	190	STARTER.....	84
GAMIFANT.....	84	<i>griseofulvin microsize</i>	134	HUMIRA(CF) PEN.....	85
GAMMAGARD LIQUID.....	84	<i>guanfacine</i>	41, 57	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-	
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		GVOKE.....	99	UC-HS.....	84
MCG/ML).....	84	GVOKE HYPOPEN 2-PACK....	99	HUMIRA(CF) PEN	
GAMMAPLEX.....	84	GVOKE PFS 1-PACK		PEDIATRIC UC.....	84
GAMMAPLEX (WITH		SYRINGE.....	99	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
SORBITOL).....	84	GVOKE PFS 2-PACK		ADOL HS.....	84
GARDASIL 9 (PF).....	89	SYRINGE.....	99	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>gatifloxacin</i>	95	HAEGARDA.....	190	INSULIN.....	24
GATTEX 30-VIAL.....	73	<i>hailey</i>	119	HUMULIN R U-500 (CONC)	
GAUZE PAD.....	159	<i>hailey 24 fe</i>	119	KWIKPEN.....	24
<i>gavilyte-c</i>	74	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	119	<i>hydralazine</i>	45
<i>gavilyte-g</i>	74	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	119	<i>hydrochlorothiazide</i>	50
<i>gavilyte-n</i>	74	<i>halobetasol propionate</i>	67	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	
GAVRETO.....	7	<i>haloette</i>	119	.....	104, 105
<i>gefitinib</i>	7	<i>haloperidol</i>	35	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	105
<i>gemfibrozil</i>	48	<i>haloperidol decanoate</i>	35	<i>hydrocortisone</i>	52, 67, 78
<i>generlac</i>	73	<i>haloperidol lactate</i>	35	<i>hydrocortisone butyrate</i>	67
<i>engraf</i>	84	HARVONI.....	141	<i>hydrocortisone valerate</i>	67
<i>gentak</i>	95	HAVRIX (PF).....	89	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	95
<i>gentamicin</i>	70, 95, 108	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydromorphone</i>	105
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	108	SYRINGE.....	159	<i>hydromorphone (pf)</i>	105
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	109	HEALTHWISE PEN NEEDLE	159	<i>hydroxychloroquine</i>	31
GENVOYA.....	137			<i>hydroxyurea</i>	8

<i>hydroxyzine hcl</i>	135	INQOVI.....	9	<i>ivermectin</i>	31
<i>hydroxyzine pamoate</i>	99, 100	INREBIC.....	9	IWILFIN.....	9
<i>ibandronate</i>	53	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	25	IXCHIQ (PF).....	90
IBRANCE.....	8	<i>insulin aspart u-100</i>	25	IXIARO (PF).....	90
<i>ibu</i>	102	INSULIN SYR/NDL U100		<i>jaimiess</i>	119
<i>ibuprofen</i>	103	HALF MARK.....	160	JAKAFI.....	9
<i>icatibant</i>	45	INSULIN SYRINGE.....	145	<i>jantoven</i>	189
<i>iclevia</i>	119	INSULIN SYRINGE		JANUMET.....	22
ICLUSIG.....	8	MICROFINE.....	145	JANUMET XR.....	22
IDHIFA.....	8	INSULIN SYRINGE		JANUVIA.....	22
<i>ifosfamide</i>	8	NEEDLELESS.....	145	JARDIANCE.....	22
ILEVRO.....	97	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		<i>jasmiel (28)</i>	119
<i>imatinib</i>	8	U-100		<i>javygtor</i>	192
IMBRUVICA.....	8	.. 158, 160, 161, 169, 174, 177, 178		JAYPIRCA.....	9
IMDELLTRA.....	8	INSUPEN PEN NEEDLE 161, 162		JEMPERLI.....	9
<i>imipenem-cilastatin</i>	110	INTELENCE.....	138	<i>jencycla</i>	119
<i>imipramine hcl</i>	131	INTRALIPID.....	40	JENTADUETO.....	22
<i>imiquimod</i>	69	INVEGA HAFYERA.....	35	JENTADUETO XR.....	22
IMJUDO.....	8	INVEGA SUSTENNA.....	35, 36	<i>jinteli</i>	77
IMLYGIC.....	9	INVEGA TRINZA.....	36	<i>juleber</i>	119
IMOVAX RABIES VACCINE		INVELTYS.....	97	JULUCA.....	138
(PF).....	89	INVIRASE.....	138	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	119
IMPAVIDO.....	31	IPOL.....	90	<i>junel 1/20 (21)</i>	119
INBRIJA.....	32	<i>ipratropium bromide</i>	64, 98	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	119
<i>incassia</i>	119	<i>ipratropium-albuterol</i>	64	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	119
INCONTROL ALCOHOL		<i>irbesartan</i>	46	<i>junel fe 24</i>	120
PADS.....	69	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	46	JUXTAPID.....	48
INCONTROL PEN NEEDLE..	160	ISENTRESS.....	138	JYLAMVO.....	9
INCRELEX.....	80	ISENTRESS HD.....	138	JYNNEOS (PF).....	90
<i>indapamide</i>	50	<i>isibloom</i>	119	<i>kalliga</i>	120
<i>indomethacin</i>	103	ISOLYTE S PH 7.4.....	185	KALYDECO.....	60, 61
INFANRIX (DTAP) (PF).....	90	ISOLYTE-P IN 5 %		<i>kariva (28)</i>	120
<i>infliximab</i>	85	DEXTROSE.....	185	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	120
INGREZZA.....	57	ISOLYTE-S.....	185	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	120
INGREZZA INITIATION		<i>isoniazid</i>	135	KERENDIA.....	52
PK(TARDIV).....	57	<i>isosorbide dinitrate</i>	52	KESIMPTA PEN.....	57
INGREZZA SPRINKLE.....	57	<i>isosorbide mononitrate</i>	52	<i>ketoconazole</i>	134
INLYTA.....	9	<i>isosorbide-hydralazine</i>	52	<i>ketorolac</i>	97, 103
INPEN (FOR HUMALOG)		<i>isradipine</i>	47	KEVZARA.....	85
BLUE.....	160	<i>itraconazole</i>	134	KEYTRUDA.....	9
INPEN (NOVOLOG OR		IV PREP WIPES.....	69	KIMMTRAK.....	9
FIASP) BLUE.....	160	<i>ivabradine</i>	45	KINERET.....	85

KINRIX (PF).....	90	LEUKERAN.....	10	<i>loperamide</i>	73
<i>kionex (with sorbitol)</i>	73	LEUKINE.....	190	<i>lopinavir-ritonavir</i>	138
KISQALI.....	9, 10	<i>leuprolide</i>	10	LOQTORZI.....	10
KISQALI FEMARA CO- PACK.....	9	<i>leuprolide (3 month)</i>	10	<i>lorazepam</i>	21
KLISYRI.....	69	<i>levetiracetam</i>	127	LORBRENA.....	11
<i>klor-con m10</i>	185	<i>levobunolol</i>	94	<i>loryna (28)</i>	121
<i>klor-con m15</i>	185	<i>levocarnitine</i>	100	<i>losartan</i>	46
<i>klor-con m20</i>	185	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	100	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	46
KLOXXADO.....	19	<i>levocetirizine</i>	135	LOTEMAX.....	97
KOSELUGO.....	10	<i>levofloxacin</i>	95, 98, 115	LOTEMAX SM.....	97
<i>kosher prenatal plus iron</i>	193	<i>levofloxacin in d5w</i>	115	<i>loteprednol etabonate</i>	97
KOURZEQ.....	65	<i>levonest (28)</i>	120	<i>lovastatin</i>	48
KRAZATI.....	10	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	120	<i>low-ogestrel (28)</i>	121
KRINTAFEL.....	31	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	120, 121	<i>loxapine succinate</i>	36
<i>kurvelo (28)</i>	120	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	121	<i>lo-zumandimine (28)</i>	121
KYNMOBI.....	32	<i>levora-28</i>	121	<i>lubiprostone</i>	73
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	120	<i>levothyroxine</i>	76	LUMAKRAS.....	11
<i>labetalol</i>	42	LEXIVA.....	138	LUMIGAN.....	94
<i>lacosamide</i>	127	LIBERVANT.....	127	LUNSUMIO.....	11
<i>lactulose</i>	73	<i>lidocaine</i>	107	LUPRON DEPOT.....	80
<i>lagevrio (eua)</i>	142	<i>lidocaine (pf)</i>	41, 107	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	11, 80
<i>lamivudine</i>	138	<i>lidocaine hcl</i>	107	LUPRON DEPOT (4 MONTH). 11	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	138	<i>lidocaine viscous</i>	107	LUPRON DEPOT (6 MONTH). 11	
<i>lamotrigine</i>	127	<i>lidocaine-prilocaine</i>	107	<i>lurasidone</i>	36
<i>lanreotide</i>	80	<i>linezolid</i>	109	<i>lutea (28)</i>	121
<i>lansoprazole</i>	72	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	109	LYBALVI.....	36
<i>lapatinib</i>	10	LINZESS.....	73	<i>lyleq</i>	121
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	120	<i>liothyronine</i>	76	<i>lyllana</i>	77
<i>larin 1/20 (21)</i>	120	LISCO.....	162	LYNPARZA.....	11
<i>larin 24 fe</i>	120	<i>lisinopril</i>	51	LYSODREN.....	11
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	120	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	51	LYTGOBI.....	11
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	120	LITE TOUCH INSULIN PEN		<i>lyza</i>	121
<i>latanoprost</i>	94	NEEDLES.....	162	MAGELLAN INSULIN	
LAZCLUZE.....	10	LITE TOUCH INSULIN		SAFETY SYRNG.....	163
<i>leflunomide</i>	85	SYRINGE.....	162, 163	MAGELLAN SYRINGE.....	163
<i>lenalidomide</i>	10	<i>lithium carbonate</i>	57, 58	<i>magnesium sulfate</i>	186
LENTOCILIN S.....	114	<i>lithium citrate</i>	58	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	186
LENVIMA.....	10	LIVALO.....	48	<i>magnesium sulfate in water</i>	186
<i>lessina</i>	120	<i>lojaimiess</i>	121	<i>malathion</i>	71
<i>letrozole</i>	10	LOKELMA.....	73	<i>maraviroc</i>	138
<i>leucovorin calcium</i>	100	LONSURF.....	10	MARGENZA.....	11

<i>marlissa (28)</i>	121	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	90	<i>miglustat</i>	192
<i>marnatal-f</i>	193	<i>mercaptapurine</i>	12	<i>mili</i>	121
MARPLAN.....	131	<i>meropenem</i>	110	<i>mimvey</i>	78
MATULANE.....	11	<i>merzee</i>	121	MINI ULTRA-THIN II.....	164
MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	58	<i>mesalamine</i>	52, 53	<i>minocycline</i>	116
MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	58	<i>mesna</i>	100	<i>minoxidil</i>	52
MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	58	MESNEX.....	100	MIPLYFFA.....	185
MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	58	<i>metformin</i>	22	<i>mirtazapine</i>	131
MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	58	<i>methadone</i>	105	<i>misoprostol</i>	72
MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	58	<i>methadose</i>	105	<i>mitoxantrone</i>	12
MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	58	<i>methenamine hippurate</i>	109	M-M-R II (PF).....	90
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	163	<i>methimazole</i>	76	<i>m-natal plus</i>	193
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	163	<i>methocarbamol</i>	193	<i>modafinil</i>	55
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	163, 164	<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>moexipril</i>	51
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	164	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	12	<i>molindone</i>	36
MAYZENT.....	58	<i>methoxsalen</i>	69	<i>mometasone</i>	67, 97
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	58	<i>methscopolamine</i>	73	<i>mondoxyne nl</i>	116
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	58	<i>methsuximide</i>	127	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE.....	165
<i>meclizine</i>	29	<i>methyldopa</i>	41	MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	164, 165
<i>medroxyprogesterone</i>	81	<i>methylphenidate hcl</i>	58, 59	MONOJECT SYRINGE.....	164
<i>mefenamic acid</i>	103	<i>methylprednisolone</i>	79	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	180
<i>mefloquine</i>	31	<i>methylprednisolone acetate</i>	79	<i>mono-lynyah</i>	121
<i>megestrol</i>	11, 82	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	79	<i>montelukast</i>	63
MEKINIST.....	11	<i>metoclopramide hcl</i>	73	<i>morphine</i>	105
MEKTOVI.....	12	<i>metolazone</i>	50	MORPHINE.....	105
<i>meloxicam</i>	103	<i>metoprolol succinate</i>	42	<i>morphine concentrate</i>	105
<i>memantine</i>	21	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	43	MOUNJARO.....	23
MENACTRA (PF).....	90	<i>metoprolol tartrate</i>	43	MOVANTIK.....	73
MENQUADFI (PF).....	90	<i>metronidazole</i>	70, 108, 109	<i>moxifloxacin</i>	95, 115
		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	109	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	115
		<i>metyrosine</i>	45	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i> ..	115
		<i>mexiletine</i>	41	MRESVIA (PF).....	90
		<i>miconazole-3</i>	134	MULTAQ.....	41
		MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE.....	164	<i>mupirocin</i>	70
		MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE.....	164	MVASI.....	12
		<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	121	<i>mycophenolate mofetil</i>	85
		<i>midodrine</i>	41	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	85
		<i>mifepristone</i>	22	<i>mycophenolate sodium</i>	85
				<i>mynatal</i>	193

<i>mynatal advance</i>	193	NINLARO.....	12	NUCALA.....	61
<i>mynatal plus</i>	193	<i>nitazoxanide</i>	31	NULOJIX.....	85
<i>mynatal-z</i>	193	<i>nitisinone</i>	192	NUPLAZID.....	36
<i>mynate 90 plus</i>	194	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	110	NURTEC ODT.....	27
MYRBETRIQ.....	75	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		NUTRILIPID.....	40
<i>nabumetone</i>	103	.....	110	<i>nyamyc</i>	134
<i>nafcillin</i>	114	<i>nitroglycerin</i>	52, 100	<i>nylia 1/35 (28)</i>	122
<i>naloxone</i>	19, 20	<i>niva-plus</i>	194	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	122
<i>naltrexone</i>	20	NIVESTYM.....	190	<i>nymyo</i>	122
<i>naproxen</i>	103	<i>nizatidine</i>	72	<i>nystatin</i>	134
<i>naratriptan</i>	27	NORDITROPIN FLEXPRO.....	80	<i>nystatin-triamcinolone</i>	134
NATACYN.....	95	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ..	121	<i>nystop</i>	134
<i>nateglinide</i>	23	<i>norethindrone (contraceptive)</i> ..	122	NYVEPRIA.....	190
NATPARA.....	53	<i>norethindrone acetate</i>	82	<i>obstetrix dha</i>	194
NAYZILAM.....	127	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	194
<i>neбиволol</i>	43	.....	78, 122	<i>o-cal prenatal</i>	194
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	121	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ..	122	OCALIVA.....	73
<i>nefazodone</i>	132	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ..	122	OCREVUS.....	59
<i>neomycin</i>	109	NORMOSOL-M IN 5 %		OCREVUS ZUNOVO.....	59
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	95	DEXTROSE.....	186	OCTAGAM.....	85
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	95	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	122	<i>octreotide acetate</i>	80, 81
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	70	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	122	ODEFSEY.....	139
<i>neomycin-polymyxin b-</i>		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	122	ODOMZO.....	12
<i>dexameth</i>	95	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	122	OFEV.....	61
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	95	<i>nortriptyline</i>	132	<i>ofloxacin</i>	96
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	95, 96	NORVIR.....	139	OGIVRI.....	12
<i>neo-polycin</i>	96	NOVOFINE 30.....	165	OGSIVEO.....	12
<i>neo-polycin hc</i>	96	NOVOFINE 32.....	165	OJEMDA.....	12
NERLYNX.....	12	NOVOFINE PLUS.....	165	OJJAARA.....	12
NEULASTA ONPRO.....	190	NOVOLIN 70/30 U-100		<i>olanzapine</i>	36
<i>nevirapine</i>	138	INSULIN.....	25	<i>olmesartan</i>	46
<i>newgen</i>	194	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid</i> ..	46
NEXLETOL.....	48	U-100.....	25	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	46
NEXLIZET.....	48	NOVOLIN N FLEXPEN.....	25	<i>olopatadine</i>	98, 99
<i>niacin</i>	48, 49	NOVOLIN N NPH U-100		OLUMIANT.....	85
<i>niacor</i>	49	INSULIN.....	25	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	49
<i>nicardipine</i>	47	NOVOLIN R FLEXPEN.....	25	<i>omeprazole</i>	72
NICOTROL.....	20	NOVOLIN R REGULAR U100		OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
NICOTROL NS.....	20	INSULIN.....	25	PLUS).....	166
<i>nifedipine</i>	47	NOVOTWIST.....	166	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
<i>nikki (28)</i>	121	NOXAFIL.....	134	KT(GEN5).....	166
<i>nilutamide</i>	12	NUBEQA.....	12		

OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	166	<i>oseltamivir</i>	141	PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF).....	91
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	166	OSMOLEX ER.....	32	PENBRAYA MENB COMPONENT (PF).....	91
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	166	OTEZLA.....	86	<i>penicillamine</i>	108
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	166	OTEZLA STARTER.....	86	<i>penicillin g potassium</i>	114
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	166	<i>oxandrolone</i>	76	<i>penicillin g procaine</i>	114
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	166	<i>oxazepam</i>	21	<i>penicillin v potassium</i>	114
OMNIPOD GO PODS.....	167	<i>oxcarbazepine</i>	127	PENTACEL (PF).....	91
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY.....	166	OXLUMO.....	100	<i>pentamidine</i>	31
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY.....	166	<i>oxybutynin chloride</i>	75	PENTIPS PEN NEEDLE.....	167
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY.....	166	<i>oxycodone</i>	105, 106	<i>pentoxifylline</i>	189
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY.....	166	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	106	<i>perindopril erbumine</i>	51
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY.....	166	OXYCONTIN.....	106	<i>periogard</i>	65
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY.....	166	<i>oxymorphone</i>	106	<i>permethrin</i>	71
<i>ondansetron</i>	30	OZEMPIC.....	23	<i>perphenazine</i>	37
<i>ondansetron hcl</i>	30	<i>pacerone</i>	41	PERSERIS.....	37
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	29	<i>paclitaxel protein-bound</i>	13	<i>pfizerpen-g</i>	114
ONTRUZANT.....	13	<i>paliperidone</i>	37	<i>phenelzine</i>	132
ONUREG.....	13	PALYNZIQ.....	192	<i>phenobarbital</i>	127, 128
OPDIVO.....	13	PANRETIN.....	69	<i>phenylephrine hcl</i>	41
OPDUALAG.....	13	<i>pantoprazole</i>	72	<i>phenytoin</i>	128
OPSUMIT.....	101	<i>paricalcitol</i>	54	<i>phenytoin sodium</i>	128
<i>oralone</i>	65	<i>paroex oral rinse</i>	65	<i>phenytoin sodium extended</i>	128
ORENCIA.....	86	<i>paromomycin</i>	31	<i>philith</i>	122
ORENCIA (WITH MALTOSE).....	85	<i>paroxetine hcl</i>	132	PIFELTRO.....	139
ORENCIA CLICKJECT.....	86	PAXLOVID.....	141	<i>pilocarpine hcl</i>	65, 94
ORFADIN.....	192	<i>pazopanib</i>	13	<i>pimecrolimus</i>	67
ORGOVYX.....	81	PEDIARIX (PF).....	90	<i>pimozide</i>	37
ORLISSA.....	81	PEDVAX HIB (PF).....	90	<i>pimtrea (28)</i>	122
ORKAMBI.....	61	<i>peg 3350-electrolytes</i>	74	<i>pindolol</i>	43
ORSERDU.....	13	PEGASYS.....	142	<i>pioglitazone</i>	23
		<i>peg-electrolyte soln</i>	75	<i>pioglitazone-metformin</i>	23
		PEMAZYRE.....	13	PIP PEN NEEDLE.....	167, 168
		<i>pemetrexed</i>	13	<i>piperacillin-tazobactam</i>	114
		<i>pemetrexed disodium</i>	13	PIQRAY.....	13
		PEMRYDI RTU.....	13	<i>pirfenidone</i>	61
		PEN NEEDLE.....	158, 167, 169	<i>pirmella</i>	123
		PEN NEEDLE, DIABETIC	150, 164, 167, 169	<i>piroxicam</i>	103
		PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY.....	170	PLASMA-LYTE A.....	186
		PENBRAYA (PF).....	90	PLEGRIDY.....	59
				<i>pnv 29-1</i>	194

<i>pnv-dha + docusate</i>	194	<i>prenatal vitamin plus low iron</i> .	195	<i>proparacaine</i>	99
<i>pnv-omega</i>	194	<i>prenatal-u</i>	195	<i>propranolol</i>	43
<i>podofilox</i>	69	<i>preplus</i>	195	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> .	43
<i>polycin</i>	96	<i>pretab</i>	195	<i>propylthiouracil</i>	76
<i>polymyxin b sulfate</i>	110	PRETOMANID.....	135	PROQUAD (PF).....	91
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	96	<i>prevalite</i>	49	PROSOL 20 %.....	40
POMALYST.....	13	PREVENT DROPSAFE PEN		<i>protamine</i>	187
<i>portia 28</i>	123	NEEDLE.....	168	<i>protriptyline</i>	132
<i>posaconazole</i>	134	PREVYMIS.....	141	PULMOZYME.....	192
<i>potassium chloride</i>	186, 187	PREZCOBIX.....	139	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>		PREZISTA.....	139	PADS.....	69
.....	187	PRIFTIN.....	135	PURE COMFORT PEN	
<i>potassium citrate</i>	187	PRIMAQUINE.....	31	NEEDLE.....	169
<i>pr natal 400</i>	194	<i>primidone</i>	128	PURE COMFORT SAFETY	
<i>pr natal 400 ec</i>	194	PRIORIX (PF).....	91	PEN NEEDLE.....	168, 169
<i>pr natal 430</i>	194	PRIVIGEN.....	86	PURIXAN.....	13
<i>pr natal 430 ec</i>	194	PRO COMFORT ALCOHOL		<i>pyrazinamide</i>	135
PRALUENT PEN.....	49	PADS.....	69	<i>pyridostigmine bromide</i>	100
<i>pramipexole</i>	32	PRO COMFORT INSULIN		<i>pyrimethamine</i>	31
<i>prasugrel</i>	189	SYRINGE.....	168	QINLOCK.....	13
<i>pravastatin</i>	49	PRO COMFORT PEN		QUADRACEL (PF).....	91
<i>prazosin</i>	41	NEEDLE.....	168	<i>quetiapine</i>	37
<i>prednicarbate</i>	67	<i>probenecid</i>	27	<i>quinapril</i>	51
<i>prednisolone</i>	79	<i>probenecid-colchicine</i>	27	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	51
<i>prednisolone acetate</i>	97	<i>procainamide</i>	41, 42	<i>quinidine gluconate</i>	42
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>prochlorperazine</i>	30	<i>quinidine sulfate</i>	42
.....	79, 98	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	30, 37	<i>quinine sulfate</i>	31
<i>prednisone</i>	79	<i>prochlorperazine maleate</i>	30	QULIPTA.....	27
<i>pregabalin</i>	128	<i>procto-pak</i>	67	RABAVERT (PF).....	91
PREHEVBRIO (PF).....	91	<i>proctosol hc</i>	68	<i>rabeprazole</i>	72
PREMARIN.....	78	<i>proctozone-hc</i>	68	<i>raloxifene</i>	78
PREMPHASE.....	78	PRODIGY INSULIN		<i>ramipril</i>	51
PREMPRO.....	78	SYRINGE.....	168	<i>ranolazine</i>	45
<i>prenal true</i>	194	<i>progesterone</i>	82	<i>rasagiline</i>	32
<i>prenaissance</i>	194	<i>progesterone micronized</i>	82	RASUVO (PF).....	86
<i>prenaissance plus</i>	194	PROGRAF.....	86	RAVICTI.....	73
<i>prenatabs fa</i>	194	PROLASTIN-C.....	61	RAYALDEE.....	54
<i>prenatal 19</i>	194	PROLIA.....	54	<i>reclipsen (28)</i>	123
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	194	PROMACTA.....	190	RECOMBIVAX HB (PF).....	91
<i>prenatal low iron</i>	194	<i>promethazine</i>	30, 135	RELENZA DISKHALER.....	141
<i>prenatal plus</i>	195	<i>promethegan</i>	30	RELEUKO.....	191
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	194	<i>propafenone</i>	42	RELION NEEDLES.....	169

RELION PEN NEEDLES.....	169	ROZLYTREK.....	14	SIGNIFOR.....	81
<i>repaglinide</i>	23	RUBRACA.....	14	<i>sildenafil</i>	101
REPATHA PUSHTRONEX.....	49	<i>rufinamide</i>	128	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	101
REPATHA SURECLICK.....	49	RUKOBIA.....	139	<i>silver sulfadiazine</i>	70
REPATHA SYRINGE.....	49	RUXIENCE.....	14	SIMBRINZA.....	94
RESTASIS.....	98	RYBELSUS.....	23	<i>simliya (28)</i>	123
RESTASIS MULTIDOSE.....	98	RYBREVANT.....	14	<i>simpesse</i>	123
RETACRIT.....	191	RYDAPT.....	14	<i>simvastatin</i>	49
RETEVMO.....	14	RYTELO.....	14	<i>sirolimus</i>	86
RETROVIR.....	139	SAFESNAP INSULIN		SIRTURO.....	136
<i>revonto</i>	193	SYRINGE.....	170	SKY SAFETY PEN NEEDLE.....	170
REXULTI.....	37	SAFETY PEN NEEDLE.....	170	SKYRIZI.....	86, 87
REYATAZ.....	139	<i>sajazir</i>	45	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	187
REZLIDHIA.....	14	SANTYL.....	69	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	187
REZUROCK.....	86	<i>sapropterin</i>	192	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	65
RHOPRESSA.....	94	SAVELLA.....	60	<i>sodium oxybate</i>	55
RIABNI.....	14	SCEMBLIX.....	14, 15	<i>sodium phenylbutyrate</i>	73
<i>ribavirin</i>	142	<i>scopolamine base</i>	30	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	74
RIDAURA.....	86	SECUADO.....	38	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	75
<i>rifabutin</i>	136	SECURESAFE INSULIN		<i>solifenacin</i>	75
<i>rifampin</i>	136	SYRINGE.....	170	SOLQUA 100/33.....	26
<i>rilpivirine</i>	139	SECURESAFE PEN NEEDLE.....	170	SOLTAMOX.....	15
<i>riluzole</i>	59	<i>select-ob</i>	195	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	
<i>rimantadine</i>	141	<i>select-ob (folic acid)</i>	195	(PF).....	79
RINVOQ.....	86	<i>selegiline hcl</i>	32	SOMATULINE DEPOT.....	81
RINVOQ LQ.....	86	<i>selenium sulfide</i>	70	SOMAVERT.....	81
<i>risedronate</i>	54	SELZENTRY.....	139	<i>sorafenib</i>	15
<i>risperidone</i>	37	SEMGLEE(INSULIN		<i>sorine</i>	43
<i>risperidone microspheres</i>	37	GLARGINE-YFGN).....	25	<i>sotalol</i>	43
<i>ritonavir</i>	139	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		<i>sotalol af</i>	43
RITUXAN HYCELA.....	14	YFGN)PEN.....	25	SPIRIVA RESPIMAT.....	64
<i>rivastigmine</i>	21	<i>se-natal 19 chewable</i>	195	SPIRIVA WITH	
<i>rivastigmine tartrate</i>	21	SEREVENT DISKUS.....	64	HANDIHALER.....	64
<i>rizatriptan</i>	27, 28	SEROSTIM.....	81	<i>spironolactone</i>	50
<i>r-natal ob</i>	195	<i>sertraline</i>	132	SPRAVATO.....	132
ROCKLATAN.....	94	<i>setlakin</i>	123	<i>sprintec (28)</i>	123
<i>roflumilast</i>	61	<i>sevelamer carbonate</i>	74	SPRITAM.....	128
<i>ropinirole</i>	32	<i>sevelamer hcl</i>	74	SPRYCEL.....	15
<i>rosadan</i>	70	SEZABY.....	128	<i>sps (with sorbitol)</i>	74
<i>rosuvastatin</i>	49	<i>sf 5000 plus</i>	65	<i>sronyx</i>	123
ROTARIX.....	92	<i>sharobel</i>	123	<i>ssd</i>	70
ROTATEQ VACCINE.....	92	SHINGRIX (PF).....	92	<i>stavudine</i>	139

STELARA.....	87	SYMLINPEN 60.....	23	TEFLARO.....	112
STERILE PADS.....	170	SYMPAZAN.....	128	<i>telmisartan</i>	46
STIOLTO RESPIMAT.....	64	SYMTUZA.....	140	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	46
STIVARGA.....	15	SYNAREL.....	81	<i>temazepam</i>	21
STRENSIQ.....	192	SYNJARDY.....	23	TEMIXYS.....	140
<i>streptomycin</i>	109	SYNJARDY XR.....	23	TENIVAC (PF).....	92
STRIBILD.....	139	SYNRIBO.....	15	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	140
STRIVERDI RESPIMAT.....	64	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	170	TEPMETKO.....	16
<i>subvenite</i>	128	TABLOID.....	15	<i>terazosin</i>	75
<i>sucralfate</i>	72	TABRECTA.....	15	<i>terbinafine hcl</i>	134
<i>sulfacetamide sodium</i>	96	<i>tacrolimus</i>	68, 87	<i>terbutaline</i>	64
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	71	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	101	<i>terconazole</i>	108
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	96	TAFINLAR.....	15	<i>teriflunomide</i>	60
<i>sulfadiazine</i>	115	TAGRISSE.....	15	<i>teriparatide</i>	54
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	115	TAKHZYRO.....	100	TERUMO INSULIN	
<i>sulfasalazine</i>	53	TALTZ AUTOINJECTOR.....	87	SYRINGE.....	174
<i>sulindac</i>	103	TALTZ SYRINGE.....	87	<i>testosterone</i>	76
<i>sumatriptan</i>	28	TALVEY.....	15	<i>testosterone cypionate</i>	76
<i>sumatriptan succinate</i>	28	TALZENNA.....	15	<i>testosterone enanthate</i>	76
<i>sumatriptan-naproxen</i>	28	<i>tamoxifen</i>	15	TETANUS,DIPHThERIA	
<i>sunitinib malate</i>	15	<i>tamsulosin</i>	75	TOX PED(PF).....	92
SUNLENCA.....	139, 140	<i>tarina 24 fe</i>	123	<i>tetrabenazine</i>	60
SUNOSI.....	55	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	123	<i>tetracycline</i>	116
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	69	<i>taron-c dha</i>	195	TEVIMBRA.....	16
SURE COMFORT INS. SYR.		<i>taron-prex prenatal-dha</i>	195	THALOMID.....	100
U-100.....	171	TASCENSO ODT.....	60	<i>theophylline</i>	65
SURE COMFORT INSULIN		TASIGNA.....	15	THINPRO INSULIN	
SYRINGE.....	171	<i>tasimelteon</i>	55	SYRINGE.....	174
SURE COMFORT PEN		<i>tazarotene</i>	71	<i>thioridazine</i>	38
NEEDLE.....	171, 172	TAZORAC.....	71	<i>thiothixene</i>	38
SURE COMFORT SAFETY		<i>taztia xt</i>	44	<i>tiadylt er</i>	44
PEN NEEDLE.....	171	TAZVERIK.....	15	<i>tiagabine</i>	129
SURE-FINE PEN NEEDLES..	172	TDVAX.....	92	TIBSOVO.....	16
SURE-JECT INSULIN		TECHLITE INSULIN		TICE BCG.....	16
SYRINGE.....	172	SYRINGE.....	173	TICOVAC.....	92
SURE-PREP ALCOHOL PREP		TECHLITE INSULN		<i>tigecycline</i>	116
PADS.....	69	SYR(HALF UNIT).....	172, 173	<i>timolol maleate</i>	43, 94
SUTAB.....	75	TECHLITE PEN NEEDLE.....	173	<i>tiopronin</i>	75
<i>syeda</i>	123	TECHLITE PLUS PEN		TIVDAK.....	16
SYMDEKO.....	61	NEEDLE.....	173	TIVICAY.....	140
SYMLINPEN 120.....	23	TECVAYLI.....	16	TIVICAY PD.....	140
				<i>tizanidine</i>	193

<i>tobramycin</i>	96, 109	<i>trifluridine</i>	96	TRUEPLUS PEN NEEDLE	176, 177
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	109	<i>trihexyphenidyl</i>	33	TRULICITY.....	24
<i>tobramycin sulfate</i>	109	TRIJARDY XR.....	24	TRUMENBA.....	92
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	96	TRIKAFTA.....	61	TRUQAP.....	16
<i>tolterodine</i>	75	<i>tri-legest fe</i>	123	TRUXIMA.....	16
TOPCARE CLICKFINE.....	174	<i>tri-linyah</i>	123	TUKYSA.....	16
TOPCARE ULTRA		<i>tri-lo-estarylla</i>	123	<i>tulana</i>	124
COMFORT.....	175	<i>tri-lo-marzia</i>	123	TURALIO.....	16
<i>topiramate</i>	129	<i>tri-lo-mili</i>	123	<i>turqoz (28)</i>	124
<i>toposar</i>	16	<i>tri-lo-sprintec</i>	124	TWINRIX (PF).....	92
<i>toremifene</i>	16	<i>trimethoprim</i>	110	<i>tyblume</i>	124
<i>torpenz</i>	16	<i>tri-mili</i>	124	TYBOST.....	100
<i>torse mide</i>	50	<i>trimipramine</i>	132	TYMLOS.....	54
TOUJEO MAX U-300		TRINTELLIX.....	132	TYPHIM VI.....	92
SOLOSTAR.....	26	<i>tri-nymyo</i>	124	TYSABRI.....	88
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-sprintec (28)</i>	124	UBRELVY.....	28
INSULIN.....	26	TRIUMEQ.....	140	UDENYCA.....	191
TRACLEER.....	101	TRIUMEQ PD.....	140	UDENYCA AUTOINJECTOR	191
TRADJENTA.....	24	<i>triveen-duo dha</i>	195	UDENYCA ONBODY.....	191
<i>tramadol</i>	106	<i>trivora (28)</i>	124	ULTICARE.....	178
<i>tramadol-acetaminophen</i>	106	<i>tri-vylibra</i>	124	ULTICARE INSULIN	
<i>trandolapril</i>	51	<i>tri-vylibra lo</i>	124	SYRINGE.....	177, 178
<i>trandolapril-verapamil</i>	51	TRIZIVIR.....	140	ULTICARE INSULN	
<i>tranexamic acid</i>	187, 188	TROGARZO.....	140	SYR(HALF UNIT).....	177
<i>tranylcypromine</i>	132	TROPHAMINE 10 %.....	40	ULTICARE PEN NEEDLE.....	178
TRAVASOL 10 %.....	40	<i>trospium</i>	75	ULTICARE SAFETY PEN	
<i>travoprost</i>	94	TRUE COMFORT ALCOHOL		NEEDLE.....	178
TRAZIMERA.....	16	PADS.....	69	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>trazodone</i>	132	TRUE COMFORT INSULIN		INSULIN SYR.....	178, 179
TRECATOR.....	136	SYRINGE.....	175	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRELEGY ELLIPTA.....	65	TRUE COMFORT PEN		PEN NEEDLE.....	178, 179
TRELSTAR.....	16	NEEDLE.....	175, 176	ULTILET ALCOHOL SWAB... 70	
TREMFYA.....	87	TRUE COMFORT PRO		ULTILET INSULIN SYRINGE	
TREMFYA PEN.....	87	ALCOHOL PADS.....	70	.....	161, 179
<i>tretinoin</i>	71	TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET PEN NEEDLE.....	179
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	16	SYRINGE.....	175, 176	ULTRA CMFT INS SYR	
<i>triamcinolone acetonide</i> ..	65, 68, 79	TRUE COMFORT SAFE		(HALF UNIT).....	159, 170
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> ..	50	INSULIN SYRG.....	175, 176	ULTRA COMFORT INSULIN	
<i>tridacaine ii</i>	107	TRUE COMFORT SAFETY		SYRINGE.....	153, 159, 179, 180
<i>trientine</i>	108	PEN NEEDLE.....	175	ULTRA FLO INSUL	
<i>tri-estarylla</i>	123	TRUEPLUS INSULIN.....	177	SYR(HALF UNIT).....	180
<i>trifluoperazine</i>	38				

ULTRA FLO INSULIN	VANFLYTA.....	17	<i>viorele (28)</i>	124
SYRINGE.....	VANISHPOINT INSULIN		VIRACEPT.....	140
180	SYRINGE.....	184	VIREAD.....	140
ULTRA FLO PEN NEEDLE... 180	VANISHPOINT SYRINGE....	184	<i>virt-c dha</i>	195
ULTRA THIN PEN NEEDLE. 180	VAQTA (PF).....	92, 93	<i>virt-nate dha</i>	195
ULTRACARE INSULIN	<i>varenicline</i>	20	<i>virt-pn dha</i>	195
SYRINGE.....	VARIVAX (PF).....	93	<i>virt-pn plus</i>	195
181	VASCEPA.....	49	<i>vitafol gummies</i>	195
ULTRACARE PEN NEEDLE. 181	VAXCHORA VACCINE.....	93	<i>vitafol nano</i>	195
ULTRA-THIN II (SHORT)	VEGZELMA.....	17	<i>vitafol-ob+dha</i>	195
INS SYR.....	VELCADE.....	17	VITRAKVI.....	17
181, 182	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ...	124	VIZIMPRO.....	17
ULTRA-THIN II (SHORT)	VELPHORO.....	74	VOCABRIA.....	140
PEN NDL.....	VELTASSA.....	74	<i>volnea (28)</i>	124
182	VEMLIDY.....	140	VONJO.....	17
ULTRA-THIN II INS PEN	VENCLEXTA.....	17	VORANIGO.....	17
NEEDLES.....	VENCLEXTA STARTING		<i>voriconazole</i>	135
182	PACK.....	17	VOSEVI.....	141
ULTRA-THIN II INSULIN	<i>venlafaxine</i>	132	VOWST.....	101
SYRINGE.....	<i>venlafaxine besylate</i>	132	<i>vp-ch-pnv</i>	195
182	<i>verapamil</i>	44	<i>vp-pnv-dha</i>	195
UNIFINE PEN NEEDLE.....	VERIFINE INSULIN		VRAYLAR.....	38
182	SYRINGE.....	184, 185	VUMERITY.....	60
UNIFINE PENTIPS.....	VERIFINE PEN NEEDLE.....	184	VYALEV.....	33
167, 182	VERIFINE PLUS PEN		<i>vyfemla (28)</i>	124
UNIFINE PENTIPS	NEEDLE.....	184	<i>vylibra</i>	124
MAXFLOW.....	VERIFINE PLUS PEN		VYLOY.....	17
182	NEEDLE-SHARP.....	184	VYZULTA.....	94
UNIFINE PENTIPS PLUS	VERQUVO.....	45	<i>warfarin</i>	189
.....	VERSACLOZ.....	38	WEBCOL.....	70
182, 183	VERSALON.....	185	WELIREG.....	17
UNIFINE PENTIPS PLUS	VERZENIO.....	17	<i>wera (28)</i>	124
MAXFLOW.....	<i>vestura (28)</i>	124	WINREVAIR.....	62
183	V-GO 20.....	185	<i>wixela inhub</i>	63
UNIFINE PROTECT.....	V-GO 30.....	185	XALKORI.....	17, 18
183	V-GO 40.....	185	XARELTO.....	189
UNIFINE SAFECONTROL....	<i>vienna</i>	124	XARELTO DVT-PE TREAT	
183	<i>vigabatrin</i>	129	30D START.....	189
UNIFINE SAFECONTROL	<i>vigadrone</i>	129	XATMEP.....	18
PEN NEEDLE.....	<i>vigpoder</i>	129	XCOPRI.....	129
183	<i>vilazodone</i>	132	XCOPRI MAINTENANCE	
UNIFINE ULTRA PEN	<i>vinorelbine</i>	17	PACK.....	129
NEEDLE.....				
183, 184				
UPTRAVI.....				
101				
<i>ursodiol</i>				
74				
UZEDY.....				
38				
<i>valacyclovir</i>				
142				
VALCHLOR.....				
70				
<i>valganciclovir</i>				
142				
<i>valproate sodium</i>				
129				
<i>valproic acid</i>				
129				
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..				
129				
<i>valsartan</i>				
46				
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ...				
46				
VALTOCO.....				
129				
<i>vancomycin</i>				
110				

XCOPRI TITRATION PACK..	130	ZIRGAN.....	96
XELJANZ.....	88	ZOLADEX.....	19
XELJANZ XR.....	88	<i>zoledronic acid</i>	54
XERMELO.....	74	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> ..	54
XGEVA.....	54	ZOLINZA.....	19
XHANCE.....	98	<i>zolmitriptan</i>	28
XIFAXAN.....	110	<i>zolpidem</i>	55
XIGDUO XR.....	24	ZONISADE.....	130
XIIDRA.....	98	<i>zonisamide</i>	130
XOFLUZA.....	142	<i>zovia 1-35 (28)</i>	125
XOLAIR.....	62	ZTALMY.....	130
XOSPATA.....	18	ZTLIDO.....	107
XPOVIO.....	18	<i>zumandimine (28)</i>	125
XTAMPZA ER.....	106, 107	ZURZUVAE.....	133
XTANDI.....	18	ZYDELIG.....	19
<i>xulane</i>	124	ZYKADIA.....	19
XULTOPHY 100/3.6.....	26	ZYLET.....	96
XYOSTED.....	77	ZYNLONTA.....	19
<i>yargesa</i>	192	ZYNYZ.....	19
YERVOY.....	18	ZYPREXA RELPREVV.....	39
YF-VAX (PF).....	93		
YONSA.....	18		
<i>yuvafem</i>	78		
<i>zafemy</i>	125		
<i>zafirlukast</i>	63		
<i>zaleplon</i>	55		
<i>zarah</i>	125		
ZARXIO.....	191		
<i>zatean-pn dha</i>	196		
<i>zatean-pn plus</i>	196		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	101		
ZEGALOGUE SYRINGE.....	101		
ZEJULA.....	18		
ZELBORAF.....	18		
<i>zenatane</i>	70		
ZENPEP.....	192		
<i>zidovudine</i>	140		
<i>zingiber</i>	196		
<i>ziprasidone hcl</i>	38		
<i>ziprasidone mesylate</i>	39		
ZIRABEV.....	18		