

Verda Health Plan of Texas

Verda Noble Care (HMO)

Formulario 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE: EN ESTE DOCUMENTO SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Presentación del archivo del formulario aprobado HPMS, ID 24326, número de versión 13

Este formulario se actualizó el 04/01/2024. No hemos realizado ningún cambio a este formulario desde el 04/01/2024. Este formulario se actualizó el 04/01/2024. En caso de que quiera obtener información más reciente o tenga alguna pregunta, contáctese con nosotros, al Departamento de Experiencia del Miembro de Verda Plan de Salud de Texas al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), desde las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y desde las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o ingrese a www.verdahealthcare.com.

Nota para los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para cerciorarse de que el medicamento que usted toma aún tenga cobertura.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Verda Plan de Salud de Texas. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan” se hace referencia a Verda Noble Care (HMO).

En este documento se incluye una lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan que tendrá vigencia desde el 04/01/2024. Si desea obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, se encuentra en la portada y contraportada.

En términos generales, debe utilizar las farmacias dentro de la red para aprovechar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/co-seguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y de vez en cuando durante el año.

04/01/2024

H5163_FID001EN_C_SP

¿Qué es el formulario de Verda Plan de Salud de Texas?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Verda Plan de Salud de Texas, en colaboración con un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con medicamentos con receta que se cree que son necesarios para un programa de tratamiento de calidad. En general, Verda Plan de Salud de Texas cubrirá los medicamentos que se encuentran en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea necesario por motivos médicos, la receta se surta en una farmacia de la red de Verda Plan de Salud de Texas y se respeten otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿El formulario (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios de los medicamentos cubiertos ocurren el 1 de enero, pero es posible que Verda Plan de Salud de Texas agregue o retire medicamentos de la lista a lo largo del año, que los mueva a niveles de costo compartido distintos o que agregue restricciones nuevas. Debemos seguir el reglamento de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que pueden afectarles a usted este año: en los casos que se exponen a continuación, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año.

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que quitemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlo por uno genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido distinto o agregaremos nuevas restricciones. Si, en este momento, usted está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos con anticipación antes de que realicemos el cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hicimos.
 - Si realizamos ese cambio, usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. El aviso que le brindaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, que podrá encontrar en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Plan de Salud de Texas?”.
- **Medicamentos que se retiran del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento incluido en nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente retiraremos el medicamento de nuestro formulario y daremos aviso a los miembros que lo tomen.
- **Otros cambios.** Podríamos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o hacer ambas cosas. O podríamos hacer cambios debido a nuevas pautas clínicas. Si quitamos algún medicamento de nuestro formulario, (o) agregamos pre-autorización, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido superior, debemos notificarles a los miembros que se verán afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicita un resurtido del medicamento, que será cuando el miembro recibirá un suministro de 1 mes del medicamento.

- Si realizamos estos cambios, usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. El aviso que le brindaremos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, que también podrá encontrar en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Plan de Salud de Texas?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento. En general, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2024 que estaba cubierto al principio del año, no suspenderemos ni disminuirémos la cobertura del medicamento durante el resto de 2024, a excepción de lo que se especificó anteriormente. Esto quiere decir que estos medicamentos seguirán disponibles con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para los miembros que los toman por el resto del año de cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para saber si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto estará vigente desde el 01/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Verda Plan de Salud de Texas, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada.

¿Cómo utilizo el formulario?

Hay dos formas de buscar un medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de este formulario están agrupados en categorías según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que tratan una condición cardíaca figuran en la categoría Agentes cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 1. Luego, busque en la categoría de su medicamento.

Orden alfabético

Si no sabe con seguridad en qué categoría buscar, busque el medicamento en el índice que comienza en la página 1-1. El Índice brinda una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice, se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque su medicamento en el Índice. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que se indica en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Verda Plan de Salud de Texas cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como medicamento que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿Mi cobertura tiene restricciones?

La cobertura de algunos medicamentos cubiertos tiene requisitos o límites adicionales. Estos requisitos y límites pueden incluir los siguientes:

- **Pre-autorización:** Verda Plan de Salud de Texas exige que usted (o su médico) obtengan una pre-autorización para ciertos medicamentos. En otras palabras, deberá obtener una aprobación previa por parte de Verda Plan de Salud de Texas para surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Verda Plan de Salud de Texas no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, Verda Plan de Salud de Texas limita la cantidad que cubre. Por ejemplo, Verda Plan de Salud de Texas proporciona 30 recetas para lansoprazol. Esto puede sumarse a un suministro estándar de uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, Verda Plan de Salud de Texas requiere que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto al medicamento A como el medicamento B se usan para tratar su condición médica, es posible que Verda Plan de Salud de Texas no cubra el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, Verda Plan de Salud de Texas cubrirá el medicamento B.

Para saber si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales, puede buscar en el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información con respecto a las restricciones sobre algunos medicamentos específicos si visita nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en internet que explican las restricciones de pre-autorización y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, se encuentra en la portada y contraportada.

Puede pedirle a Verda Plan de Salud de Texas que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede pedirle una lista de medicamentos similares que pueden tratar su condición médica. En la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Plan de Salud de Texas?” en la página 5, encontrará información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos sin receta?

Los medicamentos sin receta (Over-The-Counter, OTC) son medicamentos de venta libre que no suelen estar cubiertos por un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare. Verda Plan de Salud de Texas cubre algunos medicamentos OTC. Verda Plan de Salud de Texas le dará estos medicamentos OTC de forma gratuita. El costo para Verda Plan de Salud de Texas de estos medicamentos OTC no contará para sus costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el costo del medicamento OTC no se tiene en cuenta para la interrupción de la cobertura).

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Experiencia del Miembro y preguntar si su medicamento tiene cobertura. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, se encuentra en la portada y contraportada.

Si descubrió que Verda Plan de Salud de Texas no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Experiencia del Miembro una lista de medicamentos similares que Verda Plan de Salud de Texas cubra. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que tenga la cobertura de Verda Plan de Salud de Texas.
- Puede solicitar a Verda Plan de Salud de Texas de salud que haga una excepción y cubra su medicamento. Siga leyendo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción al formulario de Verda Plan de Salud de Texas?

Puede solicitar a Verda Plan de Salud de Texas que haga una excepción a sus reglas de cobertura. Existen diversos tipos de excepciones que puede pedirnos hacer.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, este medicamento tendrá cobertura en un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá solicitarnos que le demos el medicamento a un nivel menor de costo compartido.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel inferior de costo compartido. Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario en un nivel inferior de costo compartido, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, el monto que debería pagar por el medicamento disminuiría.
- Puede pedirnos que se anulen las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Verda Plan de Salud de Texas limita la cantidad que cubre. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que suspendamos el límite y cubramos una mayor cantidad.

En general, Verda Plan de Salud de Texas 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 de utilización adicionales no serían tan eficaces para tratar su condición o le generarían efectos médicos adversos.

Comuníquese con nosotros para pedirnos una decisión inicial sobre una excepción al formulario, el nivel o restricción de utilización. **Cuando solicita una excepción al formulario, el nivel o la restricción de utilización, debe presentar una declaración de su médico o quien le receta el medicamento en la que respalde su solicitud.** Por lo general, tomamos una decisión dentro de las 72 horas luego de recibir la declaración de quien le receta el medicamento. Usted puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría correr un grave peligro si se esperan hasta 72 horas para recibir una decisión. Si se autoriza la solicitud, debemos tomar una decisión dentro de las 24 horas luego de recibir la declaración de su médico o quien le receta el medicamento.

¿Qué hago antes de hablar con mi médico sobre cambiar el medicamento o solicitar una excepción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en nuestro formulario. O bien, puede suceder que esté tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero tiene capacidad limitada para obtenerlo. Por ejemplo, es posible que necesite una pre-autorización de nuestra parte antes de que pueda surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Hasta que hable con su médico para decidir qué es lo mejor para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Por cada medicamento que tome que no esté en el formulario o si su capacidad para obtener el medicamento es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta indica menos días, permitimos resurtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Luego del primer suministro de 30 días, ya no pagaremos este medicamento, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de cuidados prolongados y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, pero es miembro de nuestro plan hace más de 90 días, cubriremos un surtido de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción al formulario.

Más información

Si desea obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Verda Plan de Salud de Texas, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Verda Plan de Salud de Texas, contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, se encuentra en la portada y contraportada.

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

Formulario de Verda Plan de Salud de Texas

El formulario que comienza en la siguiente página brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Verda Plan de Salud de Texas. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 1-1.

En la primera columna de la tabla se mencionan los nombres de los medicamentos. Los nombres de los medicamentos de marca comienzan con mayúsculas (p. ej., <HUMULIN) y los nombres de los medicamentos genéricos están en minúscula y en cursiva (p. ej., *atorvastatina*).

La información en la columna de Requisitos/límites le indica si Verda Plan de Salud de Texas tiene algún requisito especial para la cobertura de ese medicamento.

En las columnas de “Nivel” o “Requisitos/límites” del formulario puede encontrar lo siguiente:

Explicación de la descripción de la abreviatura	Explicación de la descripción de la abreviatura	Explicación de la descripción de la abreviatura
Nivel del medicamento		
1	Nivel 1	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos
2	Nivel 2	Nivel 2 - Medicamentos genéricos
3	Nivel 3	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos
4	Nivel 4	Nivel 4 - Medicamentos no preferidos (de marca y genéricos)
5	Nivel 5	Nivel 5 - Medicamentos de especialidad

A continuación, encontrará una lista con las abreviaturas que pueden aparecer en las páginas siguientes en la columna de Requisitos/límites que le indican si existen requisitos especiales para la cobertura de ese medicamento.

Lista de abreviaturas

B/D PA: es posible que este medicamento tenga cobertura con la Parte B o D de Medicare, dependiendo de las circunstancias. Puede ocurrir que deba presentar información en la que se describa el uso y el marco del medicamento para que se tome la decisión.

EX: medicamento excluido. Este medicamento con receta no suele tener cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta de este medicamento no cuenta para el total de gastos de medicamentos (es decir, el monto que paga no le ayuda a reunir los requisitos para la cobertura en situación crítica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ayuda adicional para pagar este medicamento.

GC: cobertura durante la interrupción. Brindamos cobertura de este medicamento con receta en la cobertura durante la interrupción. Para obtener más información sobre esta cobertura, consulte la Evidencia de Cobertura.

LA: disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio al Cliente de Medimpact.

MO: medicamento pedido por correo. Este medicamento con receta está disponible mediante nuestro servicio de pedido por correo, así como en nuestras farmacias de la red. Considere la posibilidad de utilizar el servicio de pedido por correo para sus medicamentos a largo plazo (mantenimiento) (como los medicamentos para la hipertensión). Las farmacias minoristas de la red pueden ser más convenientes para recetas a corto plazo (como los antibióticos).

NDS: suministro de medicamentos no prolongado. Este medicamento solo está disponible para un suministro de 30 días o menos.

FF: Un programa que ofrece un primer surtido gratuito para que el miembro cambie a el medicamento alternativo específico.

PA: pre-autorización. El plan exige que usted o su médico obtengan una pre-autorización para determinados medicamentos. En otras palabras, deberá obtener una aprobación previa antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

QL: límite de cantidad. En el caso de algunos medicamentos, el plan limita la cantidad que cubre. SSM: modelo de ahorros para adultos de edad avanzada. Las insulinas seleccionadas son parte del programa de Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada que reduce el costo de determinadas insulinas hasta y durante la interrupción de la cobertura.

ST: terapia escalonada. En algunos casos, Verda Healthcare requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si tanto al medicamento A como el medicamento B se usan para tratar su condición médica, es posible que no cubramos el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.

Verda Plan de Salud de Texas es un plan HMO/SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Verda Plan de Salud de Texas depende de la renovación del contrato.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	18
Agentes Antiansiedad	19
Agentes Antidemencia	21
Agentes Antidiabetico	21
Agentes Antigota	27
Agentes Antimigraña	27
Agentes Antinausea	29
Agentes Antiparasitarios	31
Agentes Antiparkinson	32
Agentes Antipsicóticos	33
Agentes Calóricos	39
Agentes Cardiovasculares	41
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	54
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	55
Agentes De Trastorno De Sueño	56
Agentes Del Sistema Nervioso Central	57
Agentes Del Tracto Respiratorio	62
Agentes Dentales Y Orales	67
Agentes Dermatológicos	67
Agentes Gastrointestinales	73
Agentes Genitourinarios	77
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	78
Agentes Inmunológicos	84
Agentes Oftálmicos	96
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	97
Agentes Terapeuticos Misceláneos	102
Agentes Vasodilatadores	104
Analgésicos	105
Anestésicos	110
Antagonistas De Metales Pesados	111
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	111
Antibacterianos	112
Anticonceptivos	119
Anticonvulsivos	128
Antidepresivos	133

Antifúngicos.....	136
Antihistamínicos.....	138
Antimicobacteriales.....	139
Antivirales (Sitémico).....	140
Dispositivos.....	147
Preparaciones De Reemplazo.....	191
Productos Para La Tos Y Resfriado.....	193
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	193
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	197
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	199
Vitaminas Y Minerales.....	199

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 (Dacogen) mg</i>	5	NM; NDS
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>doxorubicin, peg-liposomal (Caelyx) intravenous suspension 2 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	GC
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	GC
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NM; 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; GC
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD; GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (lomustine) 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	GC
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<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; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	PA NSO-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20</i> (etoposide) <i>mg/ml</i>	2	GC
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral</i> <i>capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON (bortezomib) SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; 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 (drlec) 333 mg</i>	2	GC
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
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
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	GC
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (2688 per 365 days)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC; QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	GC; QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	GC
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonazepam oral tablet 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	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	GC; 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	GC; 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; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	GC
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	GC; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC; 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; GC; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 5 mg</i> (Namenda)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	GC; 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	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	GC; 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
KORLYM ORAL TABLET 300 (mifepristone) MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	GC; FF; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	GC; FF; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	GC; FF; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	GC; FF; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	GC; FF; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	2	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)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	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; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 10- metformin) 1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
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, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 metformin) MG	3	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (24 per 28 days)	
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> (70-30)	(Novolog Mix 70- 30FlexPen U-100)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (70-30)	(Novolog Mix 70-30 U- 100 Insulin)	2	GC; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U- 100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U- 100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	2	GC; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	3	QL (40 per 28 days)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (30 per 28 days)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)	
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)	
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	3	QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn) 3	QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 3	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc) 3	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i> (Glucotrol XL)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i> (Glucotrol XL)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i> (Glynase)	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	2	PA; GC; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine) 0.6 MG	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	GC
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	NM; NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	GC; 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	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/lactuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/lactuation</i>	2	GC; 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 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	GC; QL (9 per 27 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	GC; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC; 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	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; GC; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD; GC
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	GC
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	5	PA BvD; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	2	GC; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	GC
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	GC
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	GC
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	2	PA-HRM; GC; 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; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	2	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 documento

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days	2	PA-HRM; GC; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	GC
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	GC
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	GC
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD; GC
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	GC
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; GC; QL (42 per 7 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge</i> (APOKYN) <i>10 mg/ml</i>	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	2	GC
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS
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	GC
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	GC
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	GC
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	2	ST; GC; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	GC
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 166 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
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	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	GC; QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln (Zyprexa) 10 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zyprexa)</i>	2	GC
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg (Invega)</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg (Invega)</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel)</i>	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg (Seroquel XR)</i>	2	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	GC
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	2	GC; QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD; GC
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	2	GC
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	2	GC
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	GC
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	2	GC
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	GC
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	GC
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	GC
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	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	GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	GC
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	GC
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	GC
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	GC
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<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	GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	GC
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	GC
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	GC
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	GC
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<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	GC
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	GC
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	2	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	GC
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	GC
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	GC
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	GC; 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	GC
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	2	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	2	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	2	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	2	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	2	GC
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 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)	2	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	2	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	2	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	2	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)	2	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	2	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	2	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	2	GC
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	GC
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	2	GC
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	GC
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	2	GC
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	GC
<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)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	GC
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	GC
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	GC
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	2	GC
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	2	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	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
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	GC
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; GC; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	GC
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<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	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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	GC
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	2	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	2	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	2	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	2	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	GC
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	GC
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	GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradoso)	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	GC
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	GC
<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	GC
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	GC
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	GC
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	GC
<i>budesonide rectal foam 2 mg/lactuation</i> (Uceris)	2	GC
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	GC
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	2	GC
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	GC
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	2	GC
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	GC; 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/lactuation</i>	2	GC; QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	GC
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	GC; 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; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	2	GC
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	GC
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	2	GC; 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; NM; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	2	GC
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	GC; 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; GC; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NM; 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	GC; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	GC; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	PA BvD; GC
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	GC
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10</i> (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 15 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenedi) <i>tablet 20 mg, 30 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule, extended release 24hr</i> <i>20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall) <i>oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg,</i> <i>20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule, delayed release (drlec) 120</i> <i>mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule, delayed release (drlec) 120</i> <i>mg (14)- 240 mg (46)</i>	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule, delayed release (drlec) 240</i> <i>mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	GC
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	GC
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	GC
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 36 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	GC; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20 %)	2	GC
<i>acetylcysteine solution</i> 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	PA BvD; GC
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 20 mg/2 ml	2	PA BvD; GC
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D)/150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	(budesonide-formoterol) 2	GC; 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; GC; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 2	PA BvD; GC; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	(Breyna) 2	GC; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(Wixela Inhub) 2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(fluticasone propion-salmeterol)	2	GC; 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	GC
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	(Proventil HFA)	2	GC; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>		2	GC; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>		2	GC; 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; GC; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>		2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>		2	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>		2	GC
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; GC; 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; GC; 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	GC; 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	GC
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Evoxac)	2	GC
<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	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>perio gard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	GC
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	GC
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	GC
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	2	GC
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	GC
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	GC
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluocinonide-emollient topical cream</i> (Fluocinonide-E) 0.05 %	2	GC
<i>fluticasone propionate topical cream</i> 0.05 %	2	GC
<i>fluticasone propionate topical ointment</i> 0.005 %	2	GC
<i>halobetasol propionate topical cream</i> 0.05 %	2	GC
<i>halobetasol propionate topical ointment</i> 0.05 %	2	GC
<i>hydrocortisone</i> 2.5% cream	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical solution</i> 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream</i> 1 % (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Proctosol HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion</i> 2.5 %	2	GC
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 1 % (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 2.5 %	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream</i> 0.2 %	2	GC
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment</i> 1 %	1	GC
<i>mometasone topical cream</i> 0.1 %	2	GC
<i>mometasone topical ointment</i> 0.1 %	2	GC
<i>mometasone topical solution</i> 0.1 %	2	GC
<i>pimecrolimus topical cream</i> 1 % (Elidel)	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment</i> 0.1 %	2	GC
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (hydrocortisone)	2	GC
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (hydrocortisone)	2	GC
<i>tacrolimus topical ointment</i> 0.03 %, 0.1 %	2	GC; QL (100 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	GC
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	GC
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	GC
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	GC
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	GC
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	GC
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	GC; 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, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	GC; QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	GC
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES (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 documento

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; NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	2	GC
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	GC
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	GC
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	GC
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	GC
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	GC
<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	GC
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	GC
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	GC
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	GC
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	GC
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	GC
<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	GC
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTI ^K ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	GC
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	GC
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; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	GC
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	GC
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	2	GC
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	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	GC
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	GC
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	GC
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	GC
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trosipium oral tablet 20 mg</i>	2	GC
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	GC
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	GC
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; GC; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo)	2	PA; GC; 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; GC; 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; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	2	PA; GC; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)	
Estrógenos Y Antiestrógenos			
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	PA-HRM; GC; 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; GC; 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; GC; 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; GC; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	(Estrace)	2	GC
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	(Yuvafem)	2	GC; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Delestrogen)	2	GC
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(Amabelz)	2	PA-HRM; GC; 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; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	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 documento

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	PA-HRM; GC; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	PA-HRM; GC; 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; GC; 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 (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	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	GC
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	GC; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	2	GC
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	GC
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	2	GC
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	GC
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	GC
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<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	GC
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	GC
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	4	PA BvD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD; GC
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD; GC
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	2	PA BvD; GC
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	GC
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD; GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	2	PA BvD; GC
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	2	PA BvD; GC
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD; GC
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 toxoids-td) ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI (typhoid vi polysacch INTRAMUSCULAR SYRINGE vaccine) 25 MCG/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	GC
AZOPT OPTHALMIC (EYE) (brinzolamide) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	GC
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Alphagan P)	2	GC
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	2	GC
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	GC
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	GC
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	GC
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	GC
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	GC
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	GC
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic</i> (Polycin) <i>(eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	GC; QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	GC; QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	GC
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	GC
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	GC
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	GC
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox)	2	GC
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		2	GC
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	2	GC
<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	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>		2	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>		2	GC
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>		2	GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>		2	GC
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>		2	GC
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta			
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	(loteprednol etabonate)	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa)	3	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	(BromSite)	3	
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	(bromfenac)	3	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (cyclosporine) (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	2	GC; QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	GC
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	GC; QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	GC; QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	GC
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	GC
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	2	GC
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	GC
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	GC; QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	2	GC
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % (Eye Allergy Itch Relief)	2	GC
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Alcaine)	2	GC
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	5	PA; NM; NDS
<i>bupirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	GC
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	2	GC
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
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</i> 100 mg	2	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 25 mg (Vistaril)	1	GC

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NM; 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; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; 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)	2	GC; EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	GC; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; GC; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	GC
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	GC
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	GC
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<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
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	GC
<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; GC; QL (60 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	PA-HRM; GC; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	2	GC
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	2	GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
Analgésicos, Varios			
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i> 120-12 mg/5 ml	2	GC; QL (4500 per 30 days)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-15 mg, 300-30 mg	2	GC; QL (360 per 30 days)	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-60 mg	2	GC; QL (180 per 30 days)	
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> 30-50-325-40 mg	(codeine-butalbital-asa-caff)	2	PA-HRM; GC; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i> 0.3 mg/ml	2	GC	
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i> 0.3 mg/ml	2	GC	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i> 50-325-40 mg	(Esgic)	2	PA-HRM; GC; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i> 50-325-40 mg		2	PA-HRM; GC; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i> 50-325-40 mg		2	PA-HRM; GC; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet</i> 30 mg, 60 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule</i> 30-50-325-40 mg	(Ascomp with Codeine)	2	PA-HRM; GC; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet</i> 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i> 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i> 200 mcg		2	PA; GC; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/12 hr, 12 mcg/12 hr, 25 mcg/12 hr, 50 mcg/12 hr, 75 mcg/12 hr</i>	2	GC; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	GC; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml (Dilaudid)</i>	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg (methadone)</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; GC; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (oxycodone)	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; 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	GC; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i> 37.5-325 mg	2	GC; QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	5	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC; 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,plf,sdv 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	GC
<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	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA; GC
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	GC
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	GC
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	GC
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	GC
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	GC
<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	GC
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	GC
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	GC
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	GC
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	GC
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	GC
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	GC
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	GC
<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	GC
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	GC; QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	GC; 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; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	GC
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	GC
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	GC
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	2	GC
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	GC
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	GC
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	GC
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	GC
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	GC
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	GC
<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	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	GC
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	GC
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
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	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-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	GC
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	GC
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	GC
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	GC
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<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	GC
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>mondoxine nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	GC
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NM; NDS
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<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	GC
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<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	GC
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<i>caziant (28) oral tablet 0.11.125/1.15-25 mg-mcg</i>	2	GC	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Enskyce)	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	GC
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
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	GC; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1-50 (28))	2	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; 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	GC; 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	GC; QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<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	GC
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/175-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	2	GC
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<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	GC; QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<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	GC
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<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	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<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	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	2	GC
<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	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Mili)	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>pimtreea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; 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	GC
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 11mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<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	GC
<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	GC
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>		4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.11.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>volnea</i> (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>vyfemla</i> (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	2	GC
<i>vylibra</i> oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>wera</i> (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2	GC
<i>xulane</i> transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr (norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy</i> transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr (norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zarah</i> oral tablet 3-0.03 mg (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>zovia</i> 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>zumandimine</i> (28) oral tablet 3-0.03 mg (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine</i> oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg (Carbatrol)	2	GC
<i>carbamazepine</i> oral suspension 100 mg/5 ml (Tegretol)	2	GC
<i>carbamazepine</i> oral tablet 200 mg (Eptitol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	GC
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	GC
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	2	GC; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed release sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	GC
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	GC
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	GC
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	GC
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	GC
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	2	GC
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	GC; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	GC; 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	GC
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	GC
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	GC
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	GC
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	GC
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	PA NSO-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<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; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	GC
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	GC
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	ST; GC
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	GC
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	GC
<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	GC
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
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	NM; NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; 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, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	GC
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	GC
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	GC
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; 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	GC
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	GC
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	GC
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	GC
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	GC
<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	GC
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	PA NSO-HRM; GC; 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	GC
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	GC
<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	GC
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	GC; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NM; 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; GC
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>caspofungin intravenous recon soln</i> 70 mg (Cancidas)	5	NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream</i> 0.77 % (Ciclodan)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution</i> 8 % (Ciclodan)	2	GC; QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche</i> 10 mg	2	GC
<i>clotrimazole topical cream</i> 1 % (Antifungal (clotrimazole))	2	GC
<i>clotrimazole topical solution</i> 1 %	2	GC
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i> 1-0.05 %	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream</i> 1 %	2	GC; QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback</i> 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i> 10 mg/ml, 40 mg/ml (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet</i> 100 mg, 200 mg (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet</i> 150 mg, 50 mg	2	GC
<i>flucytosine oral capsule</i> 250 mg, 500 mg (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i> 125 mg/5 ml	2	GC
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i> 500 mg	2	GC
<i>itraconazole oral capsule</i> 100 mg (Sporanox)	2	GC
<i>ketoconazole oral tablet</i> 200 mg	2	GC
<i>ketoconazole topical cream</i> 2 %	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam</i> 2 % (Extina)	2	ST; GC; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i> 2 %	2	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 documento

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	GC
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	GC
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	GC
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	GC
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	2	GC
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	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 documento

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
Antimicrobianos		
Antimicrobianos		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	GC
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	2	GC
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	GC
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	GC
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	GC
APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	GC
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	GC
BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; 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	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300- 300 MG	5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NM; NDS

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NM; NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	GC
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	GC
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	GC
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	2	PA BvD; GC
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	GC; 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; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	GC
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; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	GC
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	GC
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	GC
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE- USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	2	GC
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	2	GC
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	GC
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	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	GC
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	2	GC	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	2	GC
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
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	GC
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		2	GC
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insulin 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE Syr(half unit)) X 1/4"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.3 ML (Comfort EZ Insulin 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 Syringe) ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X Syringe) 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 Syringe) GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Comfort EZ Insulin 30GX1/2" SHORT NEEDLE Syringe) (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G (Easy Touch Insulin 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE Syringe) X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE u-100)	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe) 1/4"	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 (insulin syringe-needle ML 29 u-100)	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe) 1/4"	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Comfort EZ Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Monoject Syringe) U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	GC
INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN 32G 6MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
INSUPEN 32G 8MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	GC
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable)) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	GC
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	GC
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	GC
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) 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 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 documento

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 5MM (Embrace Pen Needle) OUTER 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 8MM (CareFine Pen Needle) INNER 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Pentips Plus)	2	GC
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	GC
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	2	GC
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRODIGY SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL (pen needle, diabetic, safety) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen Needle) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin Syringe UF) 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin Syringe UF) 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin Syringe UF) 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Ulitet Insulin Syringe) 1/2 ML 29	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	GC
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	GC
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
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	GC
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	GC
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	GC
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
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	GC
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	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
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	GC
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TERUMO INS SYR 0.3 ML (Comfort EZ Insulin 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X Syringe) 1/2"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" Syringe)	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	2	GC
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.3 ML 30 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
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	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety) 2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" (pen needle, diabetic) 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
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)
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	GC
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>electrolyte-148 intravenous (Plasma-Lyte 148) parenteral solution</i>	2	GC
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4%), 40 gram/1,000 ml (4%)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4%), 4 gram/100 ml (4%), 4 gram/50 ml (8%)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50%)</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50%)</i>	2	GC
NORMOSOL-M IN 5 % DXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION (electrolyte-a)	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; GC
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	GC
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	GC
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	2	GC
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	GC; EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	GC
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	GC
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>tranexamic acid intravenous solution</i> (Cyklokapron) <i>1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	2	GC
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	GC
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule</i> (Pradaxa) <i>110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	GC; 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</i> (Lovenox) <i>300 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	2	GC; QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>10 mg/0.8 ml</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>2.5 mg/0.5 ml</i>	2	GC; QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>5 mg/0.4 ml</i>	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> <i>5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	2	GC
<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	GC; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	GC
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NM; NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>Javygtor oral tablet, soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NM; 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	GC
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	PA-HRM; GC; AGE (Max 64 Years)
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	GC
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	GC
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	GC
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i> (Dodex)	2	GC; EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i> (Drisdol)	2	GC; EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	2	GC; EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	GC
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	GC
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	GC
<i>obstetrix dha oral combo pack, tablet and cap, dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	GC
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	GC
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	GC
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	GC
<i>prenal true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	GC
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	GC
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	GC
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	GC
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	GC
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	GC
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	GC
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	GC
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	GC
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	GC
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	GC

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

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	147	ADVOCATE PEN NEEDLE	148	<i>ambrisentan</i>	104
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	147	ADVOCATE SYRINGES	147, 148	<i>amethia</i>	120
<i>abacavir</i>	140	<i>afirmelle</i>	119	<i>amiloride</i>	51
<i>abacavir-lamivudine</i>	140	AIRSUPRA.....	65	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	51
ABELCET.....	136	AJOVY AUTOINJECTOR....	27	<i>amiodarone</i>	42
<i>abiraterone</i>	3	AJOVY SYRINGE.....	27	<i>amitriptyline</i>	133
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	147	AKEEGA.....	3	<i>amlodipine</i>	48
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	29	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	48, 49
ABRYSVO.....	90	AKYNZEO (NETUPITANT).....	29	<i>amlodipine-benazepril</i>	48
<i>acamprosate</i>	18	<i>ala-cort</i>	67	<i>amlodipine-olmesartan</i>	48
<i>acarbose</i>	21	<i>albendazole</i>	31	<i>amlodipine-valsartan</i>	48
<i>accutane</i>	70	<i>albuterol sulfate</i>	65	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i> ..	48
<i>acebutolol</i>	43	<i>alclometasone</i>	67	<i>ammonium lactate</i>	70
<i>acetaminophen-codeine</i>	107	ALCOHOL PADS.....	70	<i>amoxapine</i>	133
<i>acetazolamide</i>	96	ALCOHOL PREP PADS.....	71	<i>amoxicillin</i>	116
<i>acetazolamide sodium</i>	96	ALCOHOL PREP SWABS....	70	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	116, 117
<i>acetic acid</i>	97	ALCOHOL SWABS.....	70	<i>amphotericin b</i>	136
<i>acetylcysteine</i>	62	ALCOHOL WIPES.....	71	<i>amphotericin b liposome</i>	136
<i>acitretin</i>	70	ALECENSA.....	3	<i>ampicillin</i>	117
ACTEMRA.....	84	<i>alendronate</i>	55	<i>ampicillin sodium</i>	117
ACTEMRA ACTPEN.....	84	<i>alfuzosin</i>	77	<i>ampicillin-sulbactam</i>	117
ACTHAR.....	82	<i>aliskiren</i>	53	<i>anagrelide</i>	193
ACTHIB (PF).....	90	<i>allopurinol</i>	27	<i>anastrozole</i>	3
ACTIMMUNE.....	102	<i>alosectron</i>	54	ANORO ELLIPTA.....	65
<i>acyclovir</i>	70, 146	<i>alprazolam</i>	19	<i>apomorphine</i>	32
<i>acyclovir sodium</i>	146	ALREX.....	99	APONVIE.....	29
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	90	<i>altavera (28)</i>	119	<i>apraclonidine</i>	101
<i>adapalene</i>	73	ALTRENO.....	73	<i>aprepitant</i>	29
<i>adefovir</i>	146	ALUNBRIG.....	3	APRETUDE.....	140
ADEMPAS.....	104	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	119	<i>apri</i>	120
<i>adrucil</i>	3	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	119	APTIOM.....	128
ADVAIR HFA.....	64	<i>alyq</i>	104	APTIVUS.....	140
		<i>amabelz</i>	79	AQINJECT PEN NEEDLE.....	148
		<i>amantadine hcl</i>	32	<i>aranelle (28)</i>	120
				ARCALYST.....	84
				AREXVY (PF).....	91

AREXVY ANTIGEN COMPONENT.....	91	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	57	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE....	150, 151
<i>aripiprazole</i>	33, 34	AUVELITY.....	133	BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	150
ARISTADA.....	34	<i>aviane</i>	120	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	151
ARISTADA INITIO.....	34	AVONEX.....	57	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	151
<i>armodafinil</i>	56	<i>ayuna</i>	120	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	151
ARNUITY ELLIPTA.....	64	AYVAKIT.....	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	151
<i>ascomp with codeine</i>	107	<i>azacitidine</i>	3	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	151
<i>asenapine maleate</i>	34	<i>azathioprine</i>	84	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	151
<i>ashlyna</i>	120	<i>azathioprine sodium</i>	84	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	151
<i>aspirin-dipyridamole</i>	195	<i>azelastine</i>	101	BELSOMRA.....	56
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	148	<i>azithromycin</i>	115	<i>benazepril</i>	52
ASSURE ID DUO-SHIELD.....	148	AZOPT.....	96	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	148, 149	<i>aztreonam</i>	113	<i>bendamustine</i>	3
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	148, 149	<i>azurette (28)</i>	120	BENDAMUSTINE.....	4
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	149	<i>bacitracin</i>	97	BENDEKA.....	4
ASTAGRAF XL.....	84	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	97	BENLYSTA.....	84
<i>atazanavir</i>	140	<i>baclofen</i>	199	<i>benzonatate</i>	193
<i>atenolol</i>	43	<i>bal-care dha</i>	199	<i>benztropine</i>	32
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	43	<i>bal-care dha essential</i>	199	BESREMI.....	84
<i>atomoxetine</i>	57	<i>balsalazide</i>	54	<i>betaine</i>	102
<i>atorvastatin</i>	49	BALVERSA.....	3	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	80
<i>atovaquone</i>	31	<i>balziva (28)</i>	120	<i>betamethasone dipropionate</i>	67, 68
<i>atovaquone-proguanil</i>	31	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	91	<i>betamethasone valerate</i>	68
<i>atropine</i>	101	BD ALCOHOL SWABS.....	70	<i>betamethasone, augmented</i>	68
ATROVENT HFA.....	65	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	149	BETASERON.....	58
<i>aubra eq</i>	120	BD ECLIPSE LUER-LOK... ..	149	<i>betaxolol</i>	43
AUGTYRO.....	3	BD INSULIN SYRINGE.....	149, 150	<i>bethanechol chloride</i>	77
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	120	(HALF UNIT).....	149	<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	120	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	150	BEXSERO.....	91
<i>aurovela 24 fe</i>	120	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	149	<i>bicalutamide</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	120	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	149	BICILLIN L-A.....	117
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	120	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	150		
AUSTEDO.....	57				
AUSTEDO XR.....	57				

BIKTARVY	140	<i>cabotegravir</i>	140	<i>cefdinir</i>	114
<i>bisoprolol fumarate</i>	43	<i>caffeine citrate</i>	58	<i>cefepime</i>	114
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	43	<i>calcipotriene</i>	70	<i>cefixime</i>	114
<i>bleomycin</i>	4	<i>calcitonin (salmon)</i>	55	<i>cefotaxime</i>	114
<i>blisovi 24 fe</i>	120	<i>calcitriol</i>	55	<i>cefoxitin</i>	114
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	120	<i>calcium acetate (phosphat</i>		<i>cefpodoxime</i>	115
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	120	<i>bind)</i>	76	<i>cefprozil</i>	115
BOOSTRIX TDAP	91	<i>calcium chloride</i>	191	<i>ceftazidime</i>	115
BORDERED GAUZE	151	CALQUENCE		<i>ceftriaxone</i>	115
<i>bortezomib</i>	4	(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>cefuroxime axetil</i>	115
<i>bosentan</i>	104	<i>camila</i>	120	<i>cefuroxime sodium</i>	115
BOSULIF	4	<i>candesartan</i>	47	<i>celecoxib</i>	105
BRAFTOVI	4	<i>candesartan-</i>		<i>cephalexin</i>	115
BREO ELLIPTA	64	<i>hydrochlorothiazid</i>	47	CERDELGA	197
<i>breyna</i>	64	CAPLYTA	34	<i>cevimeline</i>	67
BREZTRI AEROSPHERE	66	CAPRELSA	4	<i>chateal eq (28)</i>	121
<i>briellyn</i>	120	<i>captopril</i>	52	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	112
BRILINTA	195	<i>carbamazepine</i>	128, 129	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	19
<i>brimonidine</i>	96	<i>carbidopa-levodopa</i>	32	<i>chlorhexidine gluconate</i>	67
<i>brimonidine-timolol</i>	96	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chloroquine phosphate</i>	31
BRIVIACT	128	<i>entacapone</i>	32	<i>chlorothiazide sodium</i>	51
<i>bromfenac</i>	99	CAREFINE PEN NEEDLE		<i>chlorpromazine</i>	34
<i>bromocriptine</i>	32	.....	151, 152	<i>chlorthalidone</i>	51
BROMSITE	99	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chlorzoxazone</i>	199
BRONCHITOL	62	PREP PAD	70	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	49
BRUKINSA	4	CARETOUCH INSULIN		<i>cholestyramine light</i>	49
<i>budesonide</i>	54, 64	SYRINGE	152	<i>ciclopirox</i>	137
<i>budesonide-formoterol</i>	64	CARETOUCH PEN		<i>cilostazol</i>	195
<i>bumetanide</i>	51	NEEDLE	152	CIMDUO	140
<i>buprenorphine hcl</i>	18, 107	<i>carglumic acid</i>	74	<i>cimetidine hcl</i>	73
<i>buprenorphine-naloxone</i>	18, 19	<i>carteolol</i>	96	<i>cinacalcet</i>	55
<i>bupropion hcl</i>	133, 134	<i>cartia xt</i>	45	CINQAIR	62
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	19	<i>carvedilol</i>	43	CINRYZE	196
<i>buspirone</i>	102	<i>caspofungin</i>	136, 137	<i>ciprofloxacin</i>	118
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	107	CAYSTON	113	<i>ciprofloxacin hcl</i>	97, 118
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	107	<i>caziant (28)</i>	121	<i>ciprofloxacin in 5% dextrose</i>	118
CABENUVA	140	<i>cefaclor</i>	114	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	97
<i>cabergoline</i>	32	<i>cefadroxil</i>	114	<i>citalopram</i>	134
CABLIVI	193	<i>cefazolin</i>	114	<i>clarithromycin</i>	116
CABOMETYX	4	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	114	CLENPIQ	76

CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clonazepam</i>	20	CREON.....	198
.....	<i>clonidine</i>	42	<i>cromolyn</i>	62, 74, 101
<i>clindamycin hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	41	<i>cryselle (28)</i>	121
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	<i>clopidogrel</i>	195	CURAD GAUZE PAD.....	155
<i>clindamycin pediatric</i>	<i>clorazepate dipotassium</i>	20	CURITY ALCOHOL	
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole</i>	137	SWABS.....	70
.....	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	137	CURITY GAUZE.....	155
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	<i>clozapine</i>	34, 35	<i>cyanocobalamin (vitamin b-</i>	
CLINIMIX 5%/D15W	<i>c-nate dha</i>	199	12).....	199
SULFITE FREE.....	COARTEM.....	31	<i>cyclobenzaprine</i>	199
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine sulfate</i>	107	<i>cyclopentolate</i>	101
SULF FREE.....	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	107	<i>cyclophosphamide</i>	5
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colchicine</i>	27	<i>cyclosporine</i>	85
SULFIT FREE.....	<i>colesevelam</i>	49	<i>cyclosporine modified</i>	85
CLINIMIX 5%-	<i>colestipol</i>	49	<i>cyproheptadine</i>	138
D20W(SULFITE-FREE).....	<i>colistin (colistimethate na)</i>	112	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 6%-D5W	COMBIVENT RESPIMAT...	66	<i>cyred eq</i>	121
(SULFITE-FREE).....	COMETRIQ.....	5	CYSTARAN.....	101
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
D10W(SULFITE-FREE).....	SYRINGE.....	153, 154, 155	<i>chloride</i>	191
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	191
D14W(SULFITE-FREE).....	NEEDLES.....	153, 154	<i>dabigatran etexilate</i>	194
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PRO		<i>dalfampridine</i>	58
SULF FREE.....	SAFETY PEN NDL.....	154	<i>danazol</i>	78
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i>	199
SUL FREE.....	NEEDLE.....	155	DANYELZA.....	5
CLINIMIX E 4.25%/D5W	COMPLERA.....	140	<i>dapsone</i>	139
SULF FREE.....	<i>completenate</i>	199	DAPTACEL (DTAP	
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>compro</i>	29	PEDIATRIC) (PF).....	91
SULFIT FREE.....	<i>constulose</i>	74	<i>daptomycin</i>	112
CLINIMIX E 5%/D20W	COPAXONE.....	58	<i>darunavir</i>	140
SULFIT FREE.....	COPIKTRA.....	5	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	121
CLINIMIX E 8%-D10W	CORLANOR.....	46	<i>dasetta 7/17 (28)</i>	121
SULFITEFREE.....	CORTROPHIN GEL.....	82	DAURISMO.....	5
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX.....	85, 102	<i>daysee</i>	121
SULFITEFREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES)..	85	<i>deblitane</i>	121
<i>clobazam</i>	COSENTYX PEN (2 PENS)..	85	<i>decitabine</i>	5
<i>clobetasol</i>	COSENTYX UNOREADY		<i>deferasirox</i>	111
<i>clobetasol-emollient</i>	PEN.....	85	<i>deferiprone</i>	111
<i>clomipramine</i>	COTELLIC.....	5	DELSTRIGO.....	140

DENGVAXIA (PF).....	91	<i>digoxin</i>	46	DROPLET MICRON PEN	
<i>denta 5000 plus</i>	67	<i>dihydroergotamine</i>	27	NEEDLE.....	157
<i>dentagel</i>	67	<i>diltiazem hcl</i>	45	DROPLET PEN NEEDLE	
DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dilt-xr</i>	45	.....	157, 158
104.....	83	<i>dimenhydrinate</i>	29	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA.....	156	<i>dimethyl fumarate</i>	58	PREP PADS.....	70
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	54	DROPSAFE INSULIN	
WOVEN.....	156	<i>diphenhydramine hcl</i>	139	SYRINGE.....	158
DESCOVY.....	141	<i>diphenoxylate-atropine</i>	75	DROPSAFE PEN NEEDLE	158
<i>desipramine</i>	134	<i>dipyridamole</i>	195	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	121
<i>desmopressin</i>	82	<i>disopyramide phosphate</i>	42	DROXIA.....	194
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	121	<i>disulfiram</i>	19	<i>droxidopa</i>	42
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	121	<i>divalproex</i>	129	DUAVEE.....	79
<i>desoximetasone</i>	68	<i>dofetilide</i>	42	<i>duloxetine</i>	134
<i>desvenlafaxine succinate</i>	134	<i>donepezil</i>	21	DUPIXENT PEN.....	85
<i>dexamethasone</i>	80	DOPTELET (10 TAB PACK)		DUPIXENT SYRINGE.....	85
<i>dexamethasone sodium phos</i>		.....	196	<i>dutasteride</i>	77
<i>(pf)</i>	80	DOPTELET (15 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexamethasone sodium</i>		.....	196	ALCOHOL PAD.....	71
<i>phosphate</i>	80, 81, 100	DOPTELET (30 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexmethylphenidate</i>	58	.....	196	INSULIN SYRINGE.....	159, 160
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	58	<i>dorzolamide</i>	96	EASY COMFORT PEN	
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i>	96	NEEDLES.....	159, 160
<i>amphetamine</i>	58	<i>dotti</i>	79	EASY COMFORT SAFETY	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	41	DOVATO.....	141	PEN NEEDLE.....	158, 159
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	41	<i>doxazosin</i>	42	EASY GLIDE INSULIN	
DIACOMIT.....	129	<i>doxepin</i>	134	SYRINGE.....	160
<i>diazepam</i>	20, 129	<i>doxorubicin</i>	5	EASY GLIDE PEN	
<i>diazepam intensol</i>	20	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	NEEDLE.....	160
<i>diazoxide</i>	102	<i>doxy-100</i>	118	EASY TOUCH.....	162
<i>diclofenac potassium</i>	105	<i>doxycycline hyclate</i>	119	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diclofenac sodium</i>	100, 105	<i>doxycycline monohydrate</i>	119	PREP PADS.....	71
<i>diclofenac-misoprostol</i>	105	DRIZALMA SPRINKLE.....	134	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dicloxacillin</i>	117	<i>dronabinol</i>	29	INSULIN.....	161
<i>dicyclomine</i>	75	<i>droperidol</i>	29	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>didanosine</i>	141	DROPLET INSULIN		SYRINGE.....	161
DIFICID.....	116	SYR(HALF UNIT).....	156	EASY TOUCH INSULIN	
<i>difluprednate</i>	100	DROPLET INSULIN		SAFETY SYR.....	160, 161
<i>digitek</i>	46	SYRINGE.....	156, 157	EASY TOUCH INSULIN	
<i>digox</i>	46			SYRINGE.....	160, 161, 162

EASY TOUCH LUER	<i>enalapril maleate</i>	52	<i>escitalopram oxalate</i>	134
LOCK INSULIN.....	<i>enalaprilat</i>	52	<i>esomeprazole magnesium</i>	73
EASY TOUCH PEN	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	52	<i>esomeprazole sodium</i>	74
NEEDLE.....	ENBREL.....	85, 86	<i>estarylla</i>	122
EASY TOUCH SAFETY	ENBREL MINI.....	85	<i>estradiol</i>	79
PEN NEEDLE.....	ENBREL SURECLICK.....	86	<i>estradiol valerate</i>	79
EASY TOUCH	ENDARI.....	102	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	79
SHEATHLOCK INSULIN..	<i>endocet</i>	107	<i>eszopiclone</i>	56
EASY TOUCH UNI-SLIP...	ENGERIX-B (PF).....	91	<i>ethambutol</i>	139
<i>ec-naproxen</i>	ENGERIX-B PEDIATRIC		<i>ethosuximide</i>	129
<i>econazole</i>	(PF).....	91	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...	122
EDARBI.....	<i>enilloring</i>	121	<i>etodolac</i>	105
EDARBYCLOR.....	<i>enoxaparin</i>	194	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	122
EDURANT.....	<i>enpresse</i>	121	ETOPOPHOS.....	6
<i>efavirenz</i>	<i>enskyce</i>	121	<i>etoposide</i>	6
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	<i>entacapone</i>	32	<i>etravirine</i>	141
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	<i>entecavir</i>	146	EUCRISA.....	68
EGRIFTA SV.....	ENTRESTO.....	47	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	6, 7
<i>electrolyte-148</i>	<i>enulose</i>	75	<i>everolimus</i>	
ELIGARD.....	EPCLUSA.....	144, 145	(<i>immunosuppressive</i>).....	86
ELIGARD (3 MONTH).....	EPIDIOLEX.....	129	EVOTAZ.....	141
ELIGARD (4 MONTH).....	<i>epinastine</i>	101	EVRYSDI.....	102
ELIGARD (6 MONTH).....	<i>epinephrine</i>	46	EXEL INSULIN.....	163
<i>elinest</i>	<i>epitol</i>	129	<i>exemestane</i>	7
ELIQUIS.....	EPIVIR HBV.....	141	EXKIVITY.....	7
ELIQUIS DVT-PE TREAT	EPKINLY.....	6	EYSUVIS.....	100
30D START.....	<i>eplerenone</i>	53	<i>ezetimibe</i>	49
ELLA.....	EPRONTIA.....	129	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	49
ELMIRON.....	ERBITUX.....	6	<i>falmina (28)</i>	122
ELREXFIO.....	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	199	<i>famciclovir</i>	146
<i>eluryng</i>	<i>ergoloid</i>	21	<i>famotidine</i>	74
EMBRACE PEN NEEDLE.	ERIVEDGE.....	6	<i>famotidine (pf)</i>	74
EMCYT.....	ERLEADA.....	6	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	74
EMEND.....	<i>erlotinib</i>	6	FANAPT.....	35
EMGALITY PEN.....	<i>errin</i>	121	FARXIGA.....	21
EMGALITY SYRINGE...27, 28	<i>ertapenem</i>	114	FARYDAK.....	7
EMSAM.....	<i>ery pads</i>	72	FASENRA.....	62
<i>emtricitabine</i>	<i>erythromycin</i>	97, 116	FASENRA PEN.....	62
<i>emtricitabine-tenofov vir (tdf)</i> ..	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	116	<i>febuxostat</i>	27
EMTRIVA.....	<i>erythromycin with ethanol</i>	72	<i>felbamate</i>	129

FEMRING.....	79	<i>fluphenazine hcl</i>	35	<i>gavilyte-c</i>	76
<i>fenofibrate</i>	49	<i>flurbiprofen</i>	106	<i>gavilyte-g</i>	77
<i>fenofibrate micronized</i>	49	<i>flurbiprofen sodium</i>	100	GAVRETO.....	7
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	49	<i>fluticasone propionate</i> ..	64, 69, 100	<i>gefitinib</i>	7
<i>fenofibric acid (choline)</i>	49	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ..	64	<i>gemfibrozil</i>	50
<i>fentanyl</i>	108	<i>fluvastatin</i>	49, 50	<i>generlac</i>	75
<i>fentanyl citrate</i>	107	<i>fluvoxamine</i>	135	<i>gengraf</i>	86
FERRIPROX.....	111	<i>folic acid</i>	199	<i>gentak</i>	97
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	111	<i>folivane-ob</i>	199	<i>gentamicin</i>	72, 98, 112
<i>fesoterodine</i>	77	<i>fondaparinux</i>	194	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..	112
FETZIMA.....	135	<i>fosamprenavir</i>	141	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	112
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	24	<i>fosaprepitant</i>	29	GENVOYA.....	141
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	24	<i>foscarnet</i>	145	GILENYA.....	59
FIASP U-100 INSULIN.....	24	<i>fosinopril</i>	52	GILOTRIF.....	7
<i>finasteride</i>	77	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	52	<i>glatiramer</i>	59
<i>fingolimod</i>	59	<i>fosphenytoin</i>	130	<i>glatopa</i>	59
FINTEPLA.....	130	FOTIVDA.....	7	GLEOSTINE.....	7
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....	7	FREESTYLE PRECISION..	164	<i>glimepiride</i>	26
FLEBOGAMMA DIF.....	86	FRUZAQLA.....	7	<i>glipizide</i>	26
<i>flecainide</i>	42	FULPHILA.....	196	<i>glipizide-metformin</i>	26
<i>floxuridine</i>	7	<i>fulvestrant</i>	7	<i>glyburide</i>	27
<i>fluconazole</i>	137	<i>furosemide</i>	51	<i>glyburide micronized</i>	27
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	137	FUZEON.....	141	<i>glyburide-metformin</i>	27
<i>flucytosine</i>	137	FYARRO.....	7	<i>glycopyrrolate</i>	75
<i>fludrocortisone</i>	81	<i>fyavolv</i>	79	<i>glydo</i>	110
<i>flumazenil</i>	59	FYCOMPA.....	130	GLYXAMBI.....	21
<i>flunisolide</i>	100	<i>gabapentin</i>	130	<i>granisetron (pf)</i>	30
<i>fluocinolone</i>	68	GALAFOLD.....	198	<i>granisetron hcl</i>	30
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	100	<i>galantamine</i>	21	GRANIX.....	196
<i>fluocinonide</i>	68	GAMIFANT.....	86	<i>griseofulvin microsize</i>	137
<i>fluocinonide-emollient</i>	69	GAMMAGARD LIQUID....	86	<i>guanfacine</i>	42, 59
<i>fluoride (sodium)</i>	67	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	86	GVOKE.....	102
<i>fluorometholone</i>	100	GAMMAPLEX.....	86	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	102
<i>fluorouracil</i>	7, 71	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	86	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	102
<i>fluoxetine</i>	135	GARDASIL 9 (PF).....	92	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	102
<i>fluphenazine decanoate</i>	35	<i>gatifloxacin</i>	97	HAEGARDA.....	196
		GATTEX 30-VIAL.....	75	<i>hailey</i>	122
		GAUZE PAD.....	164		

<i>hailey 24 fe</i>	122	HUMULIN R U-500		<i>incassia</i>	122
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	122	(CONC) INSULIN.....	24	INCONTROL ALCOHOL	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	122	HUMULIN R U-500		PADS.....	71
<i>halobetasol propionate</i>	69	(CONC) KWIKPEN.....	25	INCONTROL PEN	
<i>haloette</i>	122	<i>hydralazine</i>	46	NEEDLE.....	165
<i>haloperidol</i>	35	<i>hydrochlorothiazide</i>	51	INCRELEX.....	82
<i>haloperidol decanoate</i>	35	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	108	<i>indapamide</i>	51
<i>haloperidol lactate</i>	35	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	108	<i>indomethacin</i>	106
HARVONI.....	145	<i>hydrocortisone</i>	54, 69, 81	INFANRIX (DTAP) (PF).....	92
HAVRIX (PF).....	92	<i>hydrocortisone butyrate</i>	69	<i>infliximab</i>	87
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone valerate</i>	69	INLYTA.....	8, 9
SYRINGE.....	164, 165	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	98	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHWISE PEN		<i>hydrocortisone-min oil-wht pet</i> .	69	BLUE.....	165
NEEDLE.....	165	<i>hydromorphone</i>	108	INPEN (NOVOLOG OR	
HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone (pf)</i>	108	FIASP) BLUE.....	166
UNIFINE PENTIP.....	165	<i>hydroxychloroquine</i>	31	INQOVI.....	9
<i>heather</i>	122	<i>hydroxyurea</i>	8	INREBIC.....	9
<i>heparin (porcine)</i>	194, 195	<i>hydroxyzine hcl</i>	139	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	25
<i>heparin, porcine (pf)</i>	195	<i>hydroxyzine pamoate</i>	102, 103	<i>insulin aspart u-100</i>	25
HEPLISAV-B (PF).....	92	<i>ibandronate</i>	55	INSULIN SYR/NDL U100	
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	IBRANCE.....	8	HALF MARK.....	166
HERZUMA.....	8	<i>ibu</i>	106	INSULIN SYRINGE.....	150
HIBERIX (PF).....	92	<i>ibuprofen</i>	106	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA.....	87	<i>icatibant</i>	46	MICROFINE.....	150
HUMIRA PEN.....	86	<i>iclevia</i>	122	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN CROHNS-		ICLUSIG.....	8	NEEDLELESS.....	150
UC-HS START.....	86	IDHIFA.....	8	INSULIN SYRINGE-	
HUMIRA PEN PSOR-		<i>ifosfamide</i>	8	NEEDLE U-100	
UVEITS-ADOL HS.....	86	ILEVRO.....	100	150, 152, 163, 164, 166, 167, 175,	
HUMIRA(CF).....	87	<i>imatinib</i>	8	176, 180	
HUMIRA(CF) PEDI		IMBRUVICA.....	8	INSUPEN PEN NEEDLE...	167
CROHNS STARTER.....	87	<i>imipenem-cilastatin</i>	114	INTELENCE.....	141
HUMIRA(CF) PEN.....	87	<i>imipramine hcl</i>	135	INTRALIPID.....	41
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i>	71	INVEGA HAFYERA.....	35
CROHNS-UC-HS.....	87	IMJUDO.....	8	INVEGA SUSTENNA.....	36
HUMIRA(CF) PEN		IMLYGIC.....	8	INVEGA TRINZA.....	36
PEDIATRIC UC.....	87	IMOVAX RABIES		INVELTYS.....	100
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		VACCINE (PF).....	92	INVIRASE.....	142
UV-ADOL HS.....	87	IMPAVIDO.....	31	IPOL.....	92
		INBRIJA.....	33	<i>ipratropium bromide</i>	66, 101

<i>ipratropium-albuterol</i>	66	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	123	<i>lamivudine</i>	142
<i>irbesartan</i>	47	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	123	<i>lamivudine-zidovudine</i>	142
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	47	<i>junel fe 24</i>	123	<i>lamotrigine</i>	130
ISENTRESS	142	JUXTAPID	50	<i>lanreotide</i>	82
ISENTRESS HD	142	JYNNEOS (PF)	92	<i>lansoprazole</i>	74
<i>isibloom</i>	122	<i>kalliga</i>	123	<i>lapatinib</i>	10
ISOLYTE S PH 7.4	191	KALYDECO	62	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	123
ISOLYTE-P IN 5 %		<i>kariva (28)</i>	123	<i>larin 1/20 (21)</i>	123
DEXTROSE	191	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	123	<i>larin 24 fe</i>	123
ISOLYTE-S	191	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	123	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	123
<i>isoniazid</i>	139	KERENDIA	53	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	123
<i>isosorbide dinitrate</i>	53	KESIMPTA PEN	59	<i>latanoprost</i>	96
<i>isosorbide mononitrate</i>	53	<i>ketoconazole</i>	137	<i>leflunomide</i>	87
<i>isosorbide-hydralazine</i>	53	<i>ketorolac</i>	100, 106	<i>lenalidomide</i>	10
<i>isradipine</i>	48	KEVZARA	87	LENVIMA	10
<i>itraconazole</i>	137	KEYTRUDA	9	<i>lessina</i>	123
IV PREP WIPES	71	KIMMTRAK	9	<i>letrozole</i>	10
<i>ivermectin</i>	31	KINERET	87	<i>leucovorin calcium</i>	103
IWILFIN	9	KINRIX (PF)	92	LEUKERAN	10
IXCHIQ	92	KISQALI	9	LEUKINE	196
IXIARO (PF)	92	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide</i>	10
<i>jaimiess</i>	122	PACK	9	<i>leuprolide (3 month)</i>	10
JAKAFI	9	KLISYRI	71	<i>levetiracetam</i>	130, 131
<i>jantoven</i>	195	<i>klor-con m10</i>	192	<i>levobunolol</i>	96
JANUMET	21	<i>klor-con m15</i>	192	<i>levocarnitine</i>	103
JANUMET XR	22	<i>klor-con m20</i>	192	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	103
JANUVIA	22	KLOXXADO	19	<i>levocetirizine</i>	139
JARDIANCE	22	KORLYM	22	<i>levofloxacin</i>	98, 101, 118
<i>jasmiel (28)</i>	122	KOSELUGO	9	<i>levofloxacin in d5w</i>	118
<i>javygtor</i>	198	<i>kosher prenatal plus iron</i>	199	<i>levonest (28)</i>	123
JAYPIRCA	9	KOURZEQ	67	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	124
JEMPERLI	9	KRAZATI	10	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad...</i>	124
<i>jencycla</i>	122	KRINTAFEL	31	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ..	124
JENTADUETO	22	<i>kurvelo (28)</i>	123	<i>levora-28</i>	124
JENTADUETO XR	22	KYNMOBI	33	<i>levothyroxine</i>	78
<i>jinteli</i>	79	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad...</i>	123	LEXIVA	142
<i>juleber</i>	122	<i>labetalol</i>	43	<i>lidocaine</i>	110
JULUCA	142	<i>lacosamide</i>	130	<i>lidocaine (pf)</i>	42, 110
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	122	<i>lactulose</i>	75	<i>lidocaine hcl</i>	110
<i>junel 1/20 (21)</i>	123	<i>lagevrio (eua)</i>	146	<i>lidocaine viscous</i>	110

<i>lidocaine-prilocaine</i>	110	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	11	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	169
<i>linezolid</i>	113	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	11	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	169
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	113	<i>lurasidone</i>	36	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	169
LINZESS.....	75	<i>lutera (28)</i>	124	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	169
<i>liothyronine</i>	78	LYBALVI.....	36	MAYZENT.....	60
LISCO.....	167	<i>lyleq</i>	124	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	60
<i>lisinopril</i>	52	<i>lyllana</i>	80	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	60
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	53	LYNPARZA.....	11	<i>meclizine</i>	30
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	167, 168	LYSODREN.....	11	<i>medroxyprogesterone</i>	83, 84
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	168, 169	LYTGOBI.....	11	<i>mefenamic acid</i>	106
<i>lithium carbonate</i>	59	<i>lyza</i>	124	<i>mefloquine</i>	31
<i>lithium citrate</i>	59	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	169	<i>megestrol</i>	11, 84
LIVALO.....	50	MAGELLAN SYRINGE.....	169	MEKINIST.....	11
<i>lojaimiess</i>	124	<i>magnesium sulfate</i>	192	MEKTOVI.....	11
LOKELMA.....	75	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	192	<i>meloxicam</i>	106
LONSURF.....	10	<i>magnesium sulfate in water</i>	192	<i>memantine</i>	21
<i>loperamide</i>	75	<i>malathion</i>	73	MENACTRA (PF).....	92
<i>lopinavir-ritonavir</i>	142	<i>maraviroc</i>	142	MENQUADFI (PF).....	93
LOQTORZI.....	10	MARGENZA.....	11	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	93
<i>lorazepam</i>	20	<i>marlissa (28)</i>	124	<i>mercaptapurine</i>	11
LORBRENA.....	10	<i>marnatal-f</i>	199	<i>meropenem</i>	114
<i>loryna (28)</i>	124	MARPLAN.....	135	<i>merzee</i>	124
<i>losartan</i>	47	MATULANE.....	11	<i>mesalamine</i>	54
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	47	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	59	<i>mesna</i>	103
LOTEMAX.....	100	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	59	MESNEX.....	103
LOTEMAX SM.....	100	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	59	<i>metformin</i>	22
<i>loteprednol etabonate</i>	100	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	59	<i>methadone</i>	108
<i>lovastatin</i>	50	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	59	<i>methadose</i>	108
<i>low-ogestrel (28)</i>	124	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	60	<i>methenamine hippurate</i>	113
<i>loxapine succinate</i>	36	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	60	<i>methimazole</i>	78
<i>lo-zumandimine (28)</i>	124			<i>methocarbamol</i>	199
<i>lubiprostone</i>	75				
LUMAKRAS.....	10				
LUMIGAN.....	97				
LUNSUMIO.....	10				
LUPRON DEPOT.....	82				
LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	11, 82				

<i>methotrexate sodium</i>	11	<i>molindone</i>	36, 37	<i>naratriptan</i>	28
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11	<i>mometasone</i>	69, 100	NATACYN	98
<i>methoxsalen</i>	71	<i>mondoxyne nl</i>	119	<i>nateglinide</i>	23
<i>methscopolamine</i>	75	MONOJECT INSULIN		NATPARA	55
<i>methsuximide</i>	131	SAFETY SYRINGE	171	NAYZILAM	131
<i>methyldopa</i>	42	MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	44
<i>methylphenidate hcl</i>	60, 61	SYRINGE	170, 171	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	125
<i>methylprednisolone</i>	81	MONOJECT SYRINGE	170	<i>nefazodone</i>	135
<i>methylprednisolone acetate</i>	81	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin</i>	112
<i>methylprednisolone sodium</i>		COMFORT INSULIN	186	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	98
<i>succ</i>	81	<i>mono-linyah</i>	124	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>metoclopramide hcl</i>	75	<i>montelukast</i>	65	<i>polymyxin</i>	98
<i>metolazone</i>	51	<i>morphine</i>	108, 109	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	72
<i>metoprolol succinate</i>	44	MORPHINE	108, 109	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	44	<i>morphine concentrate</i>	108	<i>dexameth</i>	98
<i>metoprolol tartrate</i>	44	MOUNJARO	22	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metronidazole</i>	72, 111, 113	MOVANTIK	75	<i>gramicidin</i>	98
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	113	<i>moxifloxacin</i>	98, 118	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	98
<i>metyrosine</i>	46	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>		<i>neo-polycin</i>	99
<i>mexiletine</i>	42	.....	118	<i>neo-polycin hc</i>	98
<i>miconazole-3</i>	138	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		NERLYNX	12
MICRODOT INSULIN PEN		.....	118	NEULASTA ONPRO	196
NEEDLE	169, 170	MULTAQ	42	<i>nevirapine</i>	142
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	124	<i>mupirocin</i>	72	<i>newgen</i>	200
<i>midodrine</i>	42	MVASI	12	NEXLETOL	50
<i>mifepristone</i>	22	<i>mycophenolate mofetil</i>	87, 88	NEXLIZET	50
<i>miglustat</i>	198	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	87	<i>niacin</i>	50
<i>mili</i>	124	<i>mycophenolate sodium</i>	88	<i>niacor</i>	50
<i>mimvey</i>	80	<i>mynatal</i>	200	<i>nicardipine</i>	48
MINI ULTRA-THIN II	170	<i>mynatal advance</i>	200	NICOTROL	19
<i>minocycline</i>	119	<i>mynatal plus</i>	200	NICOTROL NS	19
<i>minoxidil</i>	53	<i>mynatal-z</i>	200	<i>nifedipine</i>	48
<i>mirtazapine</i>	135	<i>mynate 90 plus</i>	200	<i>nikki (28)</i>	125
<i>misoprostol</i>	74	MYRBETRIQ	77	<i>nilutamide</i>	12
MITIGARE	27	<i>nabumetone</i>	106	NINLARO	12
<i>mitoxantrone</i>	12	<i>nafcellin</i>	117	<i>nitazoxanide</i>	31
M-M-R II (PF)	93	<i>nafcellin in dextrose iso-osm</i>	117	<i>nitisinone</i>	198
<i>m-natal plus</i>	200	<i>naloxone</i>	19	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	113
<i>modafinil</i>	56	<i>naltrexone</i>	19	<i>nitrofurantoin monohyd/m-</i>	
<i>moexipril</i>	53	<i>naproxen</i>	106	<i>cryst</i>	113

<i>nitroglycerin</i>	53, 54, 71	NUTRILIPID.....	41	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
<i>niva-plus</i>	200	<i>nyamyc</i>	138	(GEN 5).....	172
NIVESTYM.....	196	<i>nylia 1/35 (28)</i>	126	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nizatidine</i>	74	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	126	(GEN 3).....	172
NORDITROPIN FLEXPRO.....	82	<i>nymyo</i>	126	OMNIPOD DASH INTRO	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	125	<i>nystatin</i>	138	KIT (GEN 4).....	172
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	125	<i>nystatin-triamcinolone</i>	138	OMNIPOD DASH PDM	
<i>norethindrone acetate</i>	84	<i>nystop</i>	138	KIT (GEN 4).....	172
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NYVEPRIA.....	196	OMNIPOD DASH PODS	
.....	80, 125	<i>obstetrix dha</i>	200	(GEN 4).....	172
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	125	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	200	OMNIPOD GO PODS.....	173
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	125	<i>o-cal prenatal</i>	200	OMNIPOD GO PODS 10	
NORMOSOL-M IN 5 %		OCALIVA.....	75	UNITS/DAY.....	172
DEXTROSE.....	192	OCREVUS.....	61	OMNIPOD GO PODS 15	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	125	OCTAGAM.....	88	UNITS/DAY.....	172
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	125	<i>octreotide acetate</i>	82, 83	OMNIPOD GO PODS 20	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	125	ODEFSEY.....	143	UNITS/DAY.....	172
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	125	ODOMZO.....	12	OMNIPOD GO PODS 25	
<i>nortriptyline</i>	135	OFEV.....	62	UNITS/DAY.....	172
NORVIR.....	142, 143	<i>ofloxacin</i>	99	OMNIPOD GO PODS 30	
NOVOFINE 30.....	171	OGIVRI.....	12	UNITS/DAY.....	172
NOVOFINE 32.....	171	OGSIVEO.....	12	OMNIPOD GO PODS 40	
NOVOFINE PLUS.....	171	OJJAARA.....	12	UNITS/DAY.....	172
NOVOLIN 70/30 U-100		<i>olanzapine</i>	37	<i>ondansetron</i>	30
INSULIN.....	25	<i>olmesartan</i>	47	<i>ondansetron hcl</i>	30
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		<i>ondansetron hcl (pf)</i>	30
U-100.....	25	<i>hcthiazid</i>	47	ONTRUZANT.....	12
NOVOLIN N FLEXPEN.....	25	<i>olmesartan-</i>		ONUREG.....	12
NOVOLIN N NPH U-100		<i>hydrochlorothiazide</i>	47	OPDIVO.....	12
INSULIN.....	25	<i>olopatadine</i>	101, 102	OPDUALAG.....	12
NOVOLIN R FLEXPEN.....	25	OLUMIANT.....	88	OPSUMIT.....	104
NOVOLIN R REGULAR		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	50	<i>oralone</i>	67
U100 INSULIN.....	25	<i>omeprazole</i>	74	ORENCIA.....	88
NOVOTWIST.....	171	OMNIPOD 5 G6 INTRO		ORENCIA (WITH	
NOXAFIL.....	138	KIT (GEN 5).....	171	MALTOSE).....	88
NUBEQA.....	12	OMNIPOD 5 G6 PODS		ORENCIA CLICKJECT.....	88
NUCALA.....	62	(GEN 5).....	172	ORFADIN.....	198
NULOJIX.....	88	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ORGOVYX.....	83
NUPLAZID.....	37	KT(GEN5).....	172	ORLISSA.....	83
NURTEC ODT.....	28			ORKAMBI.....	62, 63

ORSERDU	12	PENBRAYA MENACWY	PLASMA-LYTE A.....	192
<i>oseltamivir</i>	145	COMPONENT(PF).....	PLEGRIDY	61
OSMOLEX ER.....	33	PENBRAYA MENB	<i>pnv 29-1</i>	200
OTEZLA.....	88	COMPONENT (PF).....	<i>pnv-dha + docusate</i>	200
OTEZLA STARTER.....	88	<i>penicillamine</i>	<i>pnv-omega</i>	200
<i>oxandrolone</i>	78	<i>penicillin g potassium</i>	<i>podofilox</i>	71
<i>oxazepam</i>	20	<i>penicillin g procaine</i>	<i>polycin</i>	99
<i>oxcarbazepine</i>	131	<i>penicillin v potassium</i>	<i>polymyxin b sulfate</i>	113
OXLUMO.....	103	PENTACEL (PF).....	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> .	99
<i>oxybutynin chloride</i>	77	<i>pentamidine</i>	POMALYST.....	13
<i>oxycodone</i>	109	PENTIPS.....	<i>portia 28</i>	126
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	109	<i>pentoxifylline</i>	<i>posaconazole</i>	138
OXYCONTIN.....	109	<i>perindopril erbumine</i>	<i>potassium chloride</i>	192, 193
<i>oxymorphone</i>	109	<i>periogard</i>	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	193
OZEMPIC.....	23	<i>permethrin</i>.....	.....	193
<i>pacerone</i>	42	<i>perphenazine</i>	<i>potassium citrate</i>	193
<i>paclitaxel protein-bound</i>	12	PERSERIS.....	<i>pr natal 400</i>	200
<i>paliperidone</i>	37	<i>pfizerpen-g</i>	<i>pr natal 400 ec</i>	200
PALYNZIQ.....	198	<i>phenelzine</i>	<i>pr natal 430</i>	200
PANRETIN.....	71	<i>phenobarbital</i>	<i>pr natal 430 ec</i>	200
<i>pantoprazole</i>	74	<i>phenylephrine hcl</i>	PRALUENT PEN.....	50
<i>paricalcitol</i>	55	<i>phenytoin</i>	<i>pramipexole</i>	33
<i>paroex oral rinse</i>	67	<i>phenytoin sodium</i>	<i>prasugrel</i>	195
<i>paromomycin</i>	31	<i>phenytoin sodium extended</i>	<i>pravastatin</i>	50
<i>paroxetine hcl</i>	135	<i>philith</i>	<i>prazosin</i>	42
PAXLOVID.....	145	PHOSLYRA.....	<i>prednicarbate</i>	69
<i>pazopanib</i>	12	PIFELTRO.....	<i>prednisolone</i>	81
PEDIARIX (PF).....	93	<i>pilocarpine hcl</i>	<i>prednisolone acetate</i>	100
PEDVAX HIB (PF).....	93	<i>pimecrolimus</i>	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	81, 100
PEGASYS.....	146	<i>pimozide</i>.....	.....	81, 100
<i>peg-electrolyte soln</i>	77	<i>pimtreea (28)</i>	<i>prednisone</i>	81
PEMAZYRE.....	12	<i>pindolol</i>	<i>pregabalin</i>	131
<i>pemetrexed disodium</i>	13	<i>pioglitazone</i>	PREHEVBRIO (PF).....	93
PEN NEEDLE.....	163, 173, 176	<i>pioglitazone-metformin</i>	PREMARIN.....	80
PEN NEEDLE, DIABETIC	155, 170, 173, 175	PIP PEN NEEDLE.....	PREMPHASE.....	80
.....		<i>piperacillin-tazobactam</i>	PREMPRO.....	80
PEN NEEDLE, DIABETIC,		PIQRAY.....	<i>prenal true</i>	200
SAFETY.....	176	<i>pirfenidone</i>	<i>prenaissance</i>	201
PENBRAYA (PF).....	93	<i>pirmella</i>	<i>prenaissance plus</i>	201
		<i>piroxicam</i>	<i>prenatabs fa</i>	201

<i>prenatal 19</i>	201	PROLASTIN-C.....	63	RASUVO (PF).....	89
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	201	PROLIA.....	55	RAVICTI.....	76
<i>prenatal low iron</i>	201	PROMACTA.....	196, 197	RAYALDEE.....	55
<i>prenatal plus</i>	201	<i>promethazine</i>	30, 139	<i>reclipsen (28)</i>	126
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	200	<i>promethegan</i>	30	RECOMBIVAX HB (PF).....	94
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	201	<i>propafenone</i>	43	RECTIV.....	103
<i>prenatal-u</i>	201	<i>proparacaine</i>	102	RELENZA DISKHALER...	146
<i>preplus</i>	201	<i>propranolol</i>	44	RELEUKO.....	197
<i>pretab</i>	201	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	44	RELION NEEDLES.....	176
PRETOMANID.....	139	<i>propylthiouracil</i>	78	RELION PEN NEEDLES...	176
<i>prevalite</i>	50	PROQUAD (PF).....	94	<i>repaglinide</i>	23
PREVENT DROPSAFE		PROSOL 20 %.....	41	REPATHA PUSHTRONEX..	50
PEN NEEDLE.....	174	<i>protamine</i>	194	REPATHA SURECLICK.....	50
PREVYMIS.....	145	<i>protriptyline</i>	135	REPATHA SYRINGE.....	50
PREZCOBIX.....	143	PULMOZYME.....	198	RESTASIS.....	101
PREZISTA.....	143	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE....	101
PRIFTIN.....	139	ALCOHOL PADS.....	71	RETACRIT.....	197
PRIMAQUINE.....	31	PURE COMFORT PEN		RETEVMO.....	13
<i>primidone</i>	131	NEEDLE.....	175	RETROVIR.....	143
PRIORIX (PF).....	94	PURE COMFORT SAFETY		<i>revonto</i>	199
PRIVIGEN.....	88	PEN NEEDLE.....	175	REXULTI.....	37, 38
PRO COMFORT		PURIXAN.....	13	REYATAZ.....	143
ALCOHOL PADS.....	71	<i>pyrazinamide</i>	139	REZLIDHIA.....	13
PRO COMFORT INSULIN		<i>pyridostigmine bromide</i>	103	REZUROCK.....	89
SYRINGE.....	174	<i>pyrimethamine</i>	31	RHOPRESSA.....	97
PRO COMFORT PEN		QINLOCK.....	13	RIABNI.....	13
NEEDLE.....	174	QUADRACEL (PF).....	94	<i>ribavirin</i>	146
<i>probenecid</i>	27	<i>quetiapine</i>	37	RIDAURA.....	89
<i>probenecid-colchicine</i>	27	<i>quinapril</i>	53	<i>rifabutin</i>	139
<i>procainamide</i>	43	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	53	<i>rifampin</i>	139
<i>prochlorperazine</i>	30	<i>quinidine gluconate</i>	43	<i>rilpivirine</i>	143
<i>prochlorperazine edisylate</i>	30	<i>quinidine sulfate</i>	43	<i>riluzole</i>	61
<i>prochlorperazine maleate</i>	30	<i>quinine sulfate</i>	31	<i>rimantadine</i>	146
<i>proctosol hc</i>	69	QULIPTA.....	28	RINVOQ.....	89
<i>proctozone-hc</i>	69	RABAVERT (PF).....	94	<i>risedronate</i>	56
PRODIGY INSULIN		<i>rabeprazole</i>	74	<i>risperidone</i>	38
SYRINGE.....	174, 175	<i>raloxifene</i>	80	<i>risperidone microspheres</i>	38
<i>progesterone</i>	84	<i>ramipril</i>	53	<i>ritonavir</i>	143
<i>progesterone micronized</i>	84	<i>ranolazine</i>	46	RITUXAN HYCELA.....	13
PROGRAF.....	88	<i>rasagiline</i>	33	<i>rivastigmine</i>	21

<i>rivastigmine tartrate</i>	21	SEMGLEE(INSULIN	<i>sorine</i>	44
<i>rizatriptan</i>	28	GLARG-YFGN)PEN.....	<i>sotalol</i>	44
<i>r-natal ob</i>	201	<i>se-natal 19 chewable</i>	<i>sotalol af</i>	44
ROCKLATAN.....	97	SEREVENT DISKUS.....	SPIRIVA RESPIMAT.....	66
<i>roflumilast</i>	63	SEROSTIM.....	SPIRIVA WITH	
<i>ropinirole</i>	33	<i>sertraline</i>	HANDIHALER.....	66
<i>rosadan</i>	72	<i>setlakin</i>	<i>spironolactone</i>	52
<i>rosuvastatin</i>	51	<i>sevelamer carbonate</i>	SPRAVATO.....	136
ROTARIX.....	94	<i>sevelamer hcl</i>	<i>sprintec (28)</i>	126
ROTATEQ VACCINE.....	94	SEZABY.....	SPRITAM.....	132
ROZLYTREK.....	13	<i>sf 5000 plus</i>	SPRYCEL.....	14
RUBRACA.....	13	<i>sharobel</i>	<i>sps (with sorbitol)</i>	76
<i>rufinamide</i>	131, 132	SHINGRIX (PF).....	<i>sronyx</i>	126
RUKOBIA.....	143	SIGNIFOR.....	<i>ssd</i>	73
RUXIENCE.....	13	<i>sildenafil</i>	<i>stavudine</i>	143
RYBELSUS.....	23	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	STELARA.....	89
RYBREVANT.....	14	<i>silver sulfadiazine</i>	STERILE PADS.....	177
RYDAPT.....	14	SIMBRINZA.....	STIOLTO RESPIMAT.....	66
SAFESNAP INSULIN		<i>simliya (28)</i>	STIVARGA.....	14
SYRINGE.....	176	<i>simpesse</i>	STRENSIQ.....	198
SAFETY PEN NEEDLE.....	176	<i>simvastatin</i>	<i>streptomycin</i>	112
<i>sajazir</i>	46	<i>sirolimus</i>	STRIBILD.....	143
SANTYL.....	71	SIRTURO.....	STRIVERDI RESPIMAT.....	66
<i>sapropterin</i>	198	SKY SAFETY PEN	<i>subvenite</i>	132
SAVELLA.....	61	NEEDLE.....	<i>sucalfate</i>	74
SCSEMBLIX.....	14	SKYRIZI.....	<i>sulfacetamide sodium</i>	99
<i>scopolamine base</i>	31	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	73
SECUADO.....	38	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	99
SECURESAFE INSULIN		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	<i>sulfadiazine</i>	118
SYRINGE.....	176	<i>sodium oxybate</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SECURESAFE PEN		<i>sodium phenylbutyrate</i>	<i>trimethoprim</i>	118
NEEDLE.....	176	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	<i>sulfasalazine</i>	54
<i>select-ob</i>	201	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .77	<i>sulindac</i>	106
<i>select-ob (folic acid)</i>	201	SOLQUA 100/33.....	<i>sumatriptan</i>	28
<i>selegiline hcl</i>	33	SOLTAMOX.....	<i>sumatriptan succinate</i>	28
<i>selenium sulfide</i>	72	SOLU-CORTEF ACT-O-	<i>sumatriptan-naproxen</i>	28
SELZENTRY.....	143	VIAL (PF).....	<i>sunitinib malate</i>	14
SEMGLEE(INSULIN		SOMATULINE DEPOT.....	SUNLENCA.....	143
GLARGINE-YFGN).....	25	SOMAVERT.....	SUNOSI.....	57
		<i>sorafenib</i>		

SURE COMFORT	<i>tamoxifen</i>	15	TETANUS,DIPHTHERIA	
ALCOHOL PREP PADS.....	<i>tamsulosin</i>	77	TOX PED(PF).....	95
SURE COMFORT INS.	<i>tarina 24 fe</i>	126	<i>tetrabenazine</i>	61
SYR. U-100.....	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	126	<i>tetracycline</i>	119
SURE COMFORT	<i>taron-c dha</i>	201	THALOMID.....	103
INSULIN SYRINGE....	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	201	<i>theophylline</i>	66
SURE COMFORT PEN	TASCENSO ODT.....	61	THINPRO INSULIN	
NEEDLE.....	TASIGNA.....	15	SYRINGE.....	180, 181
SURE COMFORT SAFETY	<i>tasimelteon</i>	57	<i>thioridazine</i>	38
PEN NEEDLE.....	<i>tazarotene</i>	73	<i>thiothixene</i>	38
SURE-FINE PEN	TAZORAC.....	73	<i>tiadylt er</i>	45
NEEDLES.....	<i>taztia xt</i>	45	<i>tiagabine</i>	132
SURE-JECT INSULIN	TAZVERIK.....	15	TIBSOVO.....	15
SYRINGE.....	TDVAX.....	95	TICE BCG.....	15
SURE-PREP ALCOHOL	TECHLITE INSULIN			
PREP PADS.....	SYRINGE.....	179	TICOVAC.....	95
SUTAB.....	TECHLITE INSULN			
<i>syeda</i>	SYR(HALF UNIT).....	178, 179	<i>tigecycline</i>	119
SYMDEKO.....	TECHLITE PEN NEEDLE			
SYMLINPEN 120.....	.....	179, 180	<i>timolol maleate</i>	44, 97
SYMLINPEN 60.....	TECVAYLI.....	15	<i>tiopronin</i>	77
SYMPAZAN.....	TEFLARO.....	115	TIVDAK.....	15
SYMTUZA.....	<i>telmisartan</i>	47	TIVICAY.....	144
SYNAREL.....	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	48	TIVICAY PD.....	144
SYNJARDY.....	<i>temazepam</i>	20	<i>tizanidine</i>	199
SYNJARDY XR.....	TEMIXYS.....	144	<i>tobramycin</i>	99, 112
SYNRIBO.....	TENIVAC (PF).....	95	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	112
SYRINGE WITH NEEDLE,	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	144	<i>tobramycin sulfate</i>	112
SAFETY.....	TEPMETKO.....	15	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	99
TABLOID.....	<i>terazosin</i>	77	<i>tolterodine</i>	77
TABRECTA.....	<i>terbinafine hcl</i>	138	TOPCARE CLICKFINE....	181
<i>tacrolimus</i>	<i>terbutaline</i>	66	TOPCARE ULTRA	
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	<i>terconazole</i>	111	COMFORT.....	181
TAFINLAR.....	<i>teriflunomide</i>	61	<i>topiramate</i>	132
TAGRISSE.....	<i>teriparatide</i>	56	<i>toposar</i>	15
TAKHZYRO.....	TERUMO INSULIN			
TALTZ AUTOINJECTOR....	SYRINGE.....	180	<i>toremifene</i>	15
TALTZ SYRINGE.....	<i>testosterone</i>	78	<i>torseamide</i>	52
TALVEY.....	<i>testosterone cypionate</i>	78	TOUJEO MAX U-300	
TALZENNA.....	<i>testosterone enanthate</i>	78	SOLOSTAR.....	26
			TOUJEO SOLOSTAR U-300	
			INSULIN.....	26
			TRACLEER.....	104
			TRADJENTA.....	23

<i>tramadol</i>	109	<i>trivora (28)</i>	127	UDENYCA	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	110	<i>tri-vylibra</i>	127	AUTOINJECTOR.....	197
<i>trandolapril</i>	53	<i>tri-vylibra lo</i>	127	UDENYCA ONBODY.....	197
<i>trandolapril-verapamil</i>	53	TRIZIVIR.....	144	ULTICARE.....	184, 185
<i>tranexamic acid</i>	194	TROGARZO.....	144	ULTICARE INSULIN	
<i>tranylcypromine</i>	136	TROPHAMINE 10 %.....	41	SYRINGE.....	183, 184
TRAVASOL 10 %.....	41	<i>tropium</i>	78	ULTICARE INSULN	
<i>travoprost</i>	97	TRUE COMFORT		SYR(HALF UNIT).....	183
TRAZIMERA.....	15	ALCOHOL PADS.....	71	ULTICARE PEN NEEDLE	184
<i>trazodone</i>	136	TRUE COMFORT		ULTICARE SAFETY PEN	
TRECTOR.....	139	INSULIN SYRINGE.....	181	NEEDLE.....	184
TRELEGY ELLIPTA.....	67	TRUE COMFORT PEN		ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRELSTAR.....	15	NEEDLE.....	181, 182	INSULIN SYR.....	185
TREMFYA.....	90	TRUE COMFORT PRO		ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>tretinoin</i>	73	ALCOHOL PADS.....	72	PEN NEEDLE.....	185
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	15	TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET ALCOHOL	
<i>triamcinolone acetonide</i> 67, 70, 81		SYRINGE.....	181, 182	SWAB.....	72
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 52		TRUE COMFORT SAFETY		ULTILET INSULIN	
<i>trientine</i>	111	PEN NEEDLE.....	181	SYRINGE.....	166, 185
<i>tri-estarylla</i>	126	TRUEPLUS INSULIN.....	183	ULTILET PEN NEEDLE....	186
<i>trifluoperazine</i>	38	TRUEPLUS PEN NEEDLE		ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trifluridine</i>	99	.....	182, 183	(HALF UNIT).....	164, 177
<i>trihexyphenidyl</i>	33	TRULICITY.....	24	ULTRA COMFORT	
TRIJARDY XR.....	24	TRUMENBA.....	95	INSULIN SYRINGE	
TRIKAFTA.....	63	TRUQAP.....	15	.....	158, 164, 186
<i>tri-legend fe</i>	127	TRUSELTIQ.....	16	ULTRA FLO INSUL	
<i>tri-linyah</i>	127	TRUXIMA.....	16	SYR(HALF UNIT).....	186
<i>tri-lo-estarylla</i>	127	TUKYSA.....	16	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-lo-marzia</i>	127	<i>tulana</i>	127	SYRINGE.....	187
<i>tri-lo-mili</i>	127	TURALIO.....	16	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-sprintec</i>	127	<i>turqoz (28)</i>	127	.....	186
<i>trimethoprim</i>	113	TWINRIX (PF).....	95	ULTRA THIN PEN	
<i>tri-mili</i>	127	<i>tyblume</i>	127	NEEDLE.....	187
<i>trimipramine</i>	136	TYBOST.....	103	ULTRACARE INSULIN	
TRINTELLIX.....	136	TYMLOS.....	56	SYRINGE.....	187
<i>tri-nymyo</i>	127	TYPHIM VI.....	95	ULTRACARE PEN	
<i>tri-sprintec (28)</i>	127	TYSABRI.....	90	NEEDLE.....	187, 188
TRIUMEQ.....	144	UBRELVY.....	29	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIUMEQ PD.....	144	UDENYCA.....	197	INS SYR.....	188
<i>triveen-duo dha</i>	201				

ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL.....	188	VEGZELMA.....	16	<i>virt-pn plus</i>	202
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES.....	188	VELCADE.....	16	<i>vitafol gummies</i>	202
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE.....	188	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	127	<i>vitafol nano</i>	202
UNIFINE PEN NEEDLE....	188	VELPHORO.....	76	<i>vitafol-ob+dha</i>	202
UNIFINE PENTIPS	173, 188, 189	VELTASSA.....	76	VITRAKVI.....	16, 17
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW.....	189	VEMLIDY.....	144	VIZIMPRO.....	17
UNIFINE PENTIPS PLUS..	189	VENCLEXTA.....	16	VOCABRIA.....	144
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW.....	189	VENCLEXTA STARTING PACK.....	16	<i>volnea (28)</i>	128
UNIFINE PROTECT.....	189	<i>venlafaxine</i>	136	VONJO.....	17
UNIFINE SAFECONTROL	189, 190	<i>venlafaxine besylate</i>	136	<i>voriconazole</i>	138
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	190	<i>verapamil</i>	45, 46	VOSEVI.....	145
UPTRAVI.....	104, 105	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	190, 191	VOWST.....	104
<i>ursodiol</i>	76	VERIFINE PEN NEEDLE..	190	<i>vp-ch-pnv</i>	202
UZEDY.....	38, 39	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	190, 191	<i>vp-pnv-dha</i>	202
<i>valacyclovir</i>	146	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP.....	191	VRAYLAR.....	39
VALCHLOR.....	72	VERQUOVO.....	47	VUMERITY.....	61
<i>valganciclovir</i>	146	VERSACLOZ.....	39	<i>vyfemla (28)</i>	128
<i>valproate sodium</i>	132	VERSALON.....	191	<i>vylibra</i>	128
<i>valproic acid</i>	132	VERZENIO.....	16	<i>warfarin</i>	195
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	132	<i>vestura (28)</i>	127	WEBCOL.....	72
<i>valsartan</i>	48	V-GO 20.....	191	WELIREG.....	17
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	48	V-GO 30.....	191	<i>wera (28)</i>	128
VALTOCO.....	132	V-GO 40.....	191	<i>wixela inhub</i>	65
<i>vancomycin</i>	113	<i>vienna</i>	127	XALKORI.....	17
VANFLYTA.....	16	<i>vigabatrin</i>	132	XARELTO.....	195
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE.....	190	<i>vigadrone</i>	133	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	195
VANISHPOINT SYRINGE..	190	<i>vigpoder</i>	133	XATMEP.....	17
VAQTA (PF).....	95, 96	<i>vilazodone</i>	136	XCOPRI.....	133
<i>varenicline</i>	19	<i>vinate care</i>	201	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	133
VARIVAX (PF).....	96	<i>vinorelbine</i>	16	XCOPRI TITRATION PACK.....	133
VASCEPA.....	51	<i>viorele (28)</i>	127	XELJANZ.....	90
		VIRACEPT.....	144	XELJANZ XR.....	90
		VIREAD.....	144	XERMELO.....	76
		<i>virt-c dha</i>	201	XGEVA.....	56
		<i>virt-nate dha</i>	201	XHANCE.....	101
		<i>virt-pn dha</i>	202	XIFAXAN.....	113
				XIGDUO XR.....	24

XIIDRA.....	101	<i>zolpidem</i>	57
XOFLUZA.....	146	ZONISADE.....	133
XOLAIR.....	63	<i>zonisamide</i>	133
XOSPATA.....	17	<i>zovia 1-35 (28)</i>	128
XPOVIO.....	17	ZTALMY.....	133
XTAMPZA ER.....	110	ZTLIDO.....	111
XTANDI.....	17	<i>zumandimine (28)</i>	128
<i>xulane</i>	128	ZURZUVAE.....	136
XULTOPHY 100/3.6.....	26	ZYDELIG.....	18
XYOSTED.....	79	ZYKADIA.....	18
<i>yargesa</i>	198	ZYLET.....	99
YERVOY.....	18	ZYNLONTA.....	18
YF-VAX (PF).....	96	ZYNYZ.....	18
YONSA.....	18	ZYPREXA RELPREVV.....	39
<i>yuvafem</i>	80		
<i>zafemy</i>	128		
<i>zafirlukast</i>	65		
<i>zaleplon</i>	57		
<i>zarah</i>	128		
ZARXIO.....	197		
<i>zatean-pn dha</i>	202		
<i>zatean-pn plus</i>	202		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	104		
ZEGALOGUE SYRINGE...	104		
ZEJULA.....	18		
ZELBORAF.....	18		
<i>zenatane</i>	72		
ZENPEP.....	198		
<i>zidovudine</i>	144		
<i>zingiber</i>	202		
<i>ziprasidone hcl</i>	39		
<i>ziprasidone mesylate</i>	39		
ZIRABEV.....	18		
ZIRGAN.....	99		
ZOLADEX.....	18		
<i>zoledronic acid</i>	56		
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	56		
ZOLINZA.....	18		
<i>zolmitriptan</i>	29		