



PHP (HMO SNP) Formulario 2023 (Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Este formulario se actualizó el 25 de octubre de 2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al (888) 436-5018. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/espanol.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, aún si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por insulina. Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido está, aún si no ha pagado su deducible.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 263-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Call 1-800-263-0067 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-263-0067 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-263-0067 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).

Nota a los miembros actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a AIDS Healthcare Foundation. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a PHP.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el al 25 de octubre de 2023. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2024 y periódicamente durante el año.

PHP es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en PHP depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número del Departamento de servicios para miembros a (800) 263-0067, 8:00 a.m. hasta 8:00 p.m., siete días a la semana.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at (800) 263-0067, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week.

¿Qué es el Formulario de PHP?

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

Para consultar la lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por PHP, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de nosotros. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de PHP?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.

- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un nuevo medicamento genérico para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de PHP?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 25 de octubre de 2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por PHP comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Si nosotros hiciéramos cambios al formulario durante el año, se lo notificaremos enviándole una “Notificación de Cambios a su Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)” en la Parte D de su Explicación de Beneficios (llamado también “EOB de Parte D”). Le enviaremos por correo una Parte D de la Explicación de Beneficios cuando usted ya ha tenido una o más recetas surtidas a través del plan durante el mes previo cada mes de manera que usted puede dar seguimiento a los costos de su bolsillo de la Parte D y costos totales de medicamentos para el año. Para más información sobre la Explicación de Beneficios de Parte D, por favor vea su Evidencia de Cobertura, Capítulo 6, Sección 3.1.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

PHP cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** PHP exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con PHP antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que PHP no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad del medicamento que cubrirá PHP. Por ejemplo, PHP proporciona 12 comprimidos por receta para MAXALT (10 mg). Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, PHP requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que PHP no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, PHP cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que

se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a PHP que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de PHP?” en la página v para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa 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 Servicio al Cliente de Farmacia y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que PHP no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedir al Servicio al Cliente de Farmacia una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por PHP. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por PHP.
- Puede solicitar que PHP haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de PHP?

Puede solicitarle a PHP que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, PHP limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, PHP solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

S Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días mientras solicita la excepción al formulario.

Si usted es un miembro actual de nuestro plan, puede que ocurra una transición inesperada si su nivel de atención cambia. Por ejemplo, si usted es hospitalizado y recetado un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos, una vez que usted es dado de alta, deberá hablar con su médico acerca de continuar tomando el medicamento. Si usted y su médico deciden que debería continuar tomando dicho medicamento, deberá solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que lo cubramos. Nuestro plan puede que le provea de un suministro de transición de 30 días del medicamento mientras usted decide qué hacer. Por favor contáctenos

acerca de la disponibilidad de un suministro de transición de medicamento cuando experimenta un cambio de nivel de atención.

Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de PHP, consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre PHP, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de PHP

El Formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por PHP. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, KALETRA) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *hidroclorotiazide*).

La información en la columna “Requisitos/Límites” le dice si PHP tiene cualquier requisito especial de cobertura de sus medicamentos.

La información incluida en la columna de Requisitos/límites indica si PHP tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Abreviaciones en las notas de cobertura

Abreviación	Descripción	Explicación
Restricciones en el manejo de la utilización		
AGE	Restricción de edad	Algunos medicamentos en nuestro formulario no son apropiados y pueden representar un riesgo para las personas de ciertas edades. Si un medicamento tiene una restricción de edad, se anotará la edad máxima de adecuación. Los medicamentos que tienen una restricción de edad requieren autorización previa.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.

Abreviación	Descripción	Explicación
PA BvD	Restricción de autorización previa para determinación de Parte B vs Parte D	Este medicamento podría ser elegible para pago bajo Medicare Parte B o Parte D. Usted (o su médico) tiene que obtener una autorización previa de PHP para determinar que este medicamento esté cubierto bajo Medicare Parte D antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
PA-HRM	Restricción de autorización previa para medicamentos de alto riesgo	Este medicamento se considera un medicamento de alto riesgo para personas de la tercera edad. Si usted tiene 65 años de edad o más, usted (o su médico) deben obtener autorización previa de PHP antes de que usted llene su receta para este medicamento.
PA NSO	Restricción de autorización previa para miembros nuevos solamente	Si usted es un miembro nuevo (usted o su médico), tiene que obtener una autorización previa de PHP antes de surtir su receta para este medicamento. Sin la autorización previa, PHP podría no cubrir este medicamento.
QL	Restricción de límite de cantidad	PHP limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta o dentro de un marco de tiempo específico.
SI	Insulinas Selectas	Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido está, aún si no ha pagado su deducible.

Abreviación	Descripción	Explicación
ST	Restricción de terapia progresiva	Antes de que PHP provea cobertura para este medicamento, usted primero debe probar otro(s) medicamento(s) para tratar su condición médica. Este medicamento solo podría estar cubierto si el medicamento(s) no funciona para usted.
Otros requisitos especiales de cobertura		
LA	Medicamento de acceso limitado	Esta receta podría estar disponible solo en ciertas farmacias. Para más información consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio al Cliente de Farmacia al (888) 436-5018, 24 horas al día, siete días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 711.
NDS	Suministro de día no extendido	Este medicamento puede ser llenado para un suministro máximo de 30 días. Este medicamento no es elegible para el suministro de días extendidos. Si desea un suministro prolongado de este medicamento, deberá solicitar una excepción al formulario. Consulte el Capítulo 9, Sección 6 de su Evidencia de Cobertura para obtener información sobre cómo solicitar una excepción al formulario.

Costo compartido de precio de lista estándar por nivel

Nivel	Suministro de un mes (30 días)	Suministro de tres meses (100 días)
Nivel 1 (Genérico)	15% coseguro	15% coseguro
Nivel 2 (Marca de preferencia)	15% coseguro	15% coseguro
Nivel 3 (Marca de no preferencia)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 4 (Nivel especializado)	25% coseguro	25% coseguro
Nivel 5 (Seleccionar cuidado)	0% coseguro	0% coseguro

Abreviaciones de concentración y manera de dosis

Abreviación	Descripción
adh. patch	parche adhesivo
aer br act	aerosol, activado por respiración
aer pow	aerosol, polvo
aer pow ba	aerosol en polvo, activado por respiración
aer refill	aerosol, recarga
aer w/adap	aerosol con adaptador
ampul	ampolla
blkbaginj	inyección de bolsa grande
cap dr mp	cápsula, liberación retardada multifacética
cap ds pk	cápsula, paquete de dosis
cap er 12h	cápsula, liberación prolongada de 12 horas
cap er 24h	cápsula, liberación prolongada de 24 horas
cap er deg	cápsula, liberación prolongada degradable
cap er pel	cápsula, bolitas de liberación prolongada
cap mphase	cápsula, multifacética
cap.sa 24h	cápsula, acción sostenida de 24 horas
cap.sr 12h	cápsula, liberación sostenida de 12 horas
cap.sr 24h	cápsula, liberación sostenida de 24 horas
cap24h pct	cápsula, bolitas de comienzo controlado de 24 horas
cap24h pel	cápsula, bolitas de liberación sostenida de 24 horas
cap sprink	cápsula, rocío
cap sr pel	cápsula, bolitas de liberación sostenida
cap w/dev	cápsula con dispositivo
capsule dr	cápsula, liberación retardada
capsule er	cápsula, liberación prolongada
capsule sa	cápsula, sustained action
cmb cappad	cápsula, acción sostenida
cmb ont fm	combinación: cápsula, almohadilla
cmb ont lt	combinación: ungüento, espuma
cmb tabpad	combinación: ungüento, loción
combo. pkg	combinación: tabletaa, almohadilla
cpmp 12hr	combinación, paquete
cpmp 24hr	cápsula, multifacética de 12 horas
cpmp 30-70	cápsula, multifacética de 24 horas
cpmp 50-50	cápsula, multifacética, 30%-70%
cream(g), cream(gm)	cápsula, multifacética, 50%-50%
cream(ml)	crema (mililitros)
cream/appl	crema con aplicador
cream, er (g)	crema, liberación prolongada (gramos)
cream pack	crema, paquete
dehp fr bg	di(2-etilhexil)ftalato bolsa libre
dis needle	aguja desechable

Abreviación	Descripción
disk w/dev	disco con dispositivo de inhalación
disp syrin	jeringa desechable
drops susp	gotas, suspensión
drps hpvis	gotas, hiperviscosas
emul adhes	emulsión adhesiva
emul packt	emulsión, paquete
emulsn(g)	emulsión (gramos)
foam/appl.	espuma con aplicador
froz.piggy	<i>piggyback</i> congelado
g	gramo
gel/pf app	gel aplicador prelleno
gel (gm)	gel (gramos)
gel (ml)	gel (mililitros)
gel md pmp	gel en bomba de dosis medida
gel w/appl	gel con aplicador
gel w/pump	gel con bomba
gran pack	paquete de gránulos
hfa aer ad	adaptador en aerosol hfa
infus. btl	botella de infusión
insuln pen	lápiz de insulina
ip soln	intraperitoneal, solución
irrig soln	irrigación, solución de
iv soln.	Intravenosa, solución
jel	gelatina
jelly/app	gelatina con aplicador
jel/pf app	gelatina con aplicador prelleno
kit cl&crm	kit: limpiador y crema
kt crm le	kit: crema, loción emoliente
kt lotn ce	kit: loción, crema emoliente
kt oint le	kit: ungüento, loción emoliente
lotion, er	loción, liberación prolongada
lozenge hd	pastillas, con mango
m.ht patch	parche medicado caliente
ma buc tab	tabletaa bucal mucoadhesiva
mcg	microgramo
med. pad	almohadilla medicada
med. swab	hisopo medicado
med. tape	cinta medicada
mg	miligramo
ml	mililitro
muc er 12h	sistema mucoadhesivo, liberación prolongada de 12 horas
ndl fr inj	aguja para inyección
nl fm susp	película de suspensión para uñas
oint. (g), oint.(gm)	ungüento (gramos)

Abreviación	Descripción
oral conc	concentración oral
oral susp	suspensión oral
paste (g)	pasta (gramos)
patch td24	parche, transdérmico de 24 horas
patch td72	parche, transdérmico de 72 horas
patch tds	parche, transdérmico bisemanal
patch tdk	parche, transdérmico semanal
pca syring	jeringa de analgésico controlada por el paciente
pca vial	frasco de analgésico controlado por el paciente
pellet(ea)	bolita (cada una)
pen ij kit	kit de lápiz inyector
pen injctr	lápiz inyector
pggybk btl	botella <i>piggyback</i>
plast. bag	bolsa plástica
powd pack	paquete de polvo
sol md pmp	solución con bomba multidosis
sol w/appl	solución con aplicador
sol/pf app	solución con aplicador prelleno
sol-gel	solución, formación de gel
soln recon	solución, reconstituida
soln(gram)	solución (gramos)
spray susp	aerosol, suspensión
spray/pump	aerosol con bomba
stick(ea)	barrita (cada una)
supp.rect	supositorio, rectal
supp.vag	supositorio, vaginal
suppos.	supositorio
sus er 24h	suspensión, liberación prolongada de 24 horas
sus er rec	suspensión, liberación prolongada reconstituida
sus mc rec	suspensión, microcápsula reconstituida
suspdr pkt	suspensión, paquete de liberación retardada
susp recon	suspensión, reconstituida
syringekit	kit de jeringa
tab chew	tableta, masticable
tab er 12h	tableta, liberación prolongada de 12 horas
tab er 24h	tableta, liberación prolongada de 24 horas
tab er prt	tableta, partículas de liberación prolongada
tab er seq	tableta, secuelas de liberación prolongada
tab disper	tableta, dispersable
tab ds pk	tableta, paquete de dosis
tab er 24	tableta, liberación prolongada de 24 horas
tab mphase	tableta, multifacética
tab part	tableta, partículas
tab rap dr	tableta, liberación retardada de rápida desintegración

Abreviación	Descripción
tab rapdis	tableta, rápida desintegración
tab subl	tableta, sublingual
tab.sr 12h	tableta, liberación sostenida de 12 horas
tab.sr 24h	tableta, liberación sostenida de 24 horas
tabergr24hr	tableta, liberación prolongada gradual de 24 horas
tablet dr	tableta, liberación retardada
tablet, er	tableta, liberación prolongada
tablet eff	tableta, efervescente
tablet sa	tableta, acción sostenida
tablet sol	tableta, soluble
tb er dspk	tableta, paquete de dosis de liberación prolongada
tb mp dspk	tableta, paquete de dosis multifacética
tb rd dspk	tableta, paquete de dosis de desintegración rápida
tbdspk 3mo	tableta, paquete de dosis de 3 meses
tbmp 12hr	tableta, 12 horas multifacética
tbmp 24hr	tableta, 24 horas multifacética
u	unidad
vag ring	anillo vaginal

Medidores de glucosa en sangre y tira reactiva

PHP desea ofrecerle los mejores productos para el cuidado de su diabetes. PHP ha seleccionado a Abbott Diabetes Care, el fabricante de productos de las marcas FreeStyle y Precision, como proveedor de sus suministros para pruebas de diabetes. Cubrimos los siguientes suministros para pruebas de diabetes:

- Medidores FreeStyle Lite®
- Medidores FreeStyle Freedom Lite®
- Medidores de precisión Xtra®
- Tiras reactivas FreeStyle Lite®
- Tiras reactivas Precision Xtra®
- Tiras reactivas Precision Xtra® Beta Ketone

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	18
Agentes Antiansiedad	19
Agentes Antidemencia	20
Agentes Antidiabetico	20
Agentes Antigota	25
Agentes Antimigraña	26
Agentes Antinausea	27
Agentes Antiparasitarios	29
Agentes Antiparkinson	30
Agentes Antipsicóticos	32
Agentes Calóricos	38
Agentes Cardiovasculares	40
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	52
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	53
Agentes De Trastorno De Sueño	54
Agentes Del Sistema Nervioso Central	55
Agentes Del Tracto Respiratorio	60
Agentes Dentales Y Orales	65
Agentes Dermatológicos	65
Agentes Gastrointestinales	71
Agentes Genitourinarios	75
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	75
Agentes Inmunológicos	81
Agentes Oftálmicos	93
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	94
Agentes Terapeuticos Misceláneos	99
Agentes Vasodilatadores	101
Analgésicos	102
Anestésicos	106
Antagonistas De Metales Pesados	107
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	108
Antibacterianos	108
Anticonceptivos	116
Anticonvulsivos	125
Antidepresivos	130

Antifúngicos.....	133
Antihistamínicos.....	135
Antimicobacteriales.....	135
Antivirales (Sitémico).....	136
Dispositivos.....	143
Preparaciones De Reemplazo.....	187
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	189
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	193
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	194
Vitaminas Y Minerales.....	195

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG (paclitaxel protein-bound)	4	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG (pemetrexed disodium)	4	
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	4	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	4	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	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
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	4	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	3	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	4	PA NSO
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	4	PA NSO; 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)	4	PA NSO
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	4	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	4	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	4	PA BvD
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	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	3	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL 40 MG/ML	4	PA NSO
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	4	PA NSO; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	4	
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	4	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	4	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	3	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	4	PA NSO; 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)	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	4	PA NSO
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	4	
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	4	PA NSO
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	3	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	4	QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	3	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	4	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	4	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	4	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	4	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	4	PA NSO
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	4	PA NSO
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	4	
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	3	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	4	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	4	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	4	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 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
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	4	
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	4	PA NSO; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	4	
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	4	PA NSO; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	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
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; LA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	4	PA NSO
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	4	PA NSO
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous (Abraxane) suspension for reconstitution 100 mg</i>	4	PA BvD
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	4	
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	4	
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	PA NSO; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	4	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	4	PA NSO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	4	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	PA NSO
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	4	
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	4	PA NSO; 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
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	4	PA NSO; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	4	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	3	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	4	PA NSO; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	4	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	4	PA NSO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	4	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	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
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	4	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	4	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	4	PA NSO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	4	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	4	
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)	4	PA NSO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	4	PA NSO
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
VELCADE INJECTION RECON (bortezomib) SOLN 3.5 MG	4	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	2	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	4	PA NSO; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	4	PA NSO; LA; 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
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	4	PA NSO; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; 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)	4	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	4	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	4	PA NSO; QL (32 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
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	4	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	4	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	4	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	4	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	3	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	4	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	4	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	4	PA NSO
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	4	PA NSO; QL (20 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	3	QL (2688 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	3	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	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	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	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)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	5	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	5	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	5	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	5	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	5	QL (60 per 30 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	2	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	5	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)	2	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	2	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	5	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	5	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	4	PA; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	4	PA; 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	2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	2	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	2	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	2	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	2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (24 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	1	SI; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	SI; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) (insulin glargine-yfgn) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	2	SI; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS (insulin glargine-yfgn) INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	2	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	2	SI; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	2	SI; QL (13.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	2	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	5	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	5	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	5	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>	5	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>	5	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 (Glynase) mg, 3 mg, 6 mg</i>	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	5	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)</i>	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine (gout) oral tablet 0.6 mg (Colcris)</i>	3	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine (gout)) 0.6 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	2	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non- (Migranal) aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	4	QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	2	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	2	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg (Maxalt)</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating (Maxalt-MLT) 10 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol (Imitrex) 20 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol (Imitrex) 5 mg/actuation</i>	1	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
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	3	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)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	2	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	1	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	3	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	3	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	3	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	3	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	3	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	4	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	3	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 50) <i>tablet 12.5-50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 75) <i>tablet 18.75-75-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 100) <i>tablet 25-100-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 125) <i>tablet 31.25-125-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 150) <i>tablet 37.5-150-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 200) <i>tablet 50-200-200 mg</i>	3	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	4	PA; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	4	PA
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	2	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	3	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg,</i> (Mirapex) <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5</i> <i>mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5</i> <i>mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	4	QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	4	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	4	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	4	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	4	QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	4	QL (1.6 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
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	4	QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution</i> 25 mg/ml	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> 100 mg/ml, 30 mg/ml	1	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating</i> 200 mg	4	ST; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)- 2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	3	ST
<i>fluphenazine decanoate injection</i> solution 25 mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution</i> 2.5 mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i> 5 mg/ml	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	4	QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	4	QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	1	
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	4	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	3	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	4	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	4	ST; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	4	QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	4	QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	4	QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	4	QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	4	QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	4	QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	4	QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	3	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	1	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
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	3	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	3	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	3	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	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
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	3	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	3	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	1	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	2	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i> (Rythmol SR)	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 100) 100-25 mg	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 50) 50-25 mg	1	
<i>betaxolol oral tablet</i> 10 mg, 20 mg	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	
<i>carvedilol oral tablet</i> 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution</i> 5 mg/ml	1	
<i>labetalol intravenous syringe</i> 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)	1	
<i>labetalol oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 300 mg	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release</i> 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet</i> 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i> 5 mg/5 ml	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i> 100 mg, 50 mg (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i> 25 mg	1	
<i>nebivolol oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg (Bystolic)	1	
<i>pindolol oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	1	
<i>propranolol intravenous solution</i> 1 mg/ml	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release</i> 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg (Inderal LA)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
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)	1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	3	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	2	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	4	PA; QL (18 per 30 days)
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	4	
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	4	PA; QL (18 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	5	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	2	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	2	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	2	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	5	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	5	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	5	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	5	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	5	
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	5	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	5	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	5	
<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)	5	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	5	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	5	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	5	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	5	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid 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)	1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	1	
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	1	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	5	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	5	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release (drlec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	5	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	2	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	2	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	5	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	2	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	2	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	2	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	5	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	5	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	1	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	1	QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	5	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	5	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	5	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	5	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	5	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	5	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	5	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	5	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	5	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	5	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	5	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet</i> (BiDil) 20-37.5 mg	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour</i> (nitroglycerin) 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3</i> (Nitrostat) mg, 0.4 mg, 0.6 mg	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24</i> (Nitro-Dur) hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr	1	
Agentes De Enfermedad		
Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	4	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extended release 3 mg</i>	3	
<i>budesonide rectal foam 2</i> (Uceris) mg/actuation	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	4	ST
<i>hydrocortisone rectal enema 100</i> (Cortenema) mg/60 ml	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/lec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	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>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	3	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	4	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	4	QL (120 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	2	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	4	PA; 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>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	2	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	2	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	2	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	4	PA
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	1	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)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	4	PA; LA; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	4	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	4	PA; LA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	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)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	4	PA; 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)	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	4	PA; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10</i> (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral</i> (Zenzedi) <i>tablet 20 mg, 30 mg</i>	1	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>	1	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>	1	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>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule, delayed release(drlec) 120</i> <i>mg</i>	4	PA; QL (14 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
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	4	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 240 mg</i> (Tecfidera)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	1	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	4	PA; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	4	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	4	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	3	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	4	PA
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	1	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>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Metadate ER) <i>extended release 20 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 18 mg (bx</i> <i>rating), 54 mg (bx rating)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 18 mg, 27 mg,</i> <i>54 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 36 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 36 mg (bx</i> <i>rating)</i>	1	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	4	PA; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	4	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	2	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	2	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7</i> (Aubagio) <i>mg</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	4	PA; QL (112 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	4	PA; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20 %)	1	
<i>acetylcysteine solution</i> 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	PA
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 20 mg/2 ml	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	4	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	4	PA; LA; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150- 188 MG, 75-94 MG	4	PA; 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	4	PA; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	4	PA BvD
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	4	PA BvD
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	4	PA; 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)	4	PA; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	4	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	4	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS (fluticasone propion- INHALATION BLISTER WITH salmeterol) DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	2	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	2	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	2	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	2	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	2	QL (21.2 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
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide-formoterol)	2	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotrinos		
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (Proventil HFA)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	1	
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	2	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	3	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	2	QL (10.7 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
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	2	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	1	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	2	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	2	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evovac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Oralene)	1	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	1	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Calsodore)	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	4	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	2	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	4	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	4	QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES (alcohol swabs)	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	3	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	4	
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	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>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 % (1 % base) -5 %</i> (Neuac)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	3	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	3	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	1	
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	1	
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	1	
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	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>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	4	PA
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	4	PA
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	2	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	2	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	2	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	2	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	4	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	2	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	4	PA; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	3	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	4	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	2	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	2	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM (sodium,potassium,ma g sulfates)	2	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	4	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	2	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	
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	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	2	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)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA-HRM; 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)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	3	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	2	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG- 5MG(14)	2	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	2	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos</i> (Celestone Soluspan) <i>injection suspension 6 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> <i>injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i> <i>injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20</i> (Cortef) <i>mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection</i> (Depo-Medrol) <i>suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16</i> (Medrol) <i>mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose</i> (Medrol (Pak)) <i>pack 4 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	3	
<i>triamcinolone acetanide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	4	PA; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	1	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	4	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	4	PA NSO
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	4	PA NSO
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i> (Sandostatin)	1	
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	4	
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	4	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	4	PA; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	4	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	4	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	4	PA NSO; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	4	PA
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	4	PA
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	4	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	4	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	4	
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	4	PA; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	4	PA NSO; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	4	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	4	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	4	PA
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	4	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	4	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	4	PA
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	4	PA BvD
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 % 5 %	4	PA BvD
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	4	PA BvD
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	4	PA BvD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	4	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	4	PA
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) 100 mg	4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	4	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	4	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA BvD
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	4	PA BvD
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	PA
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	4	PA
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	4	PA
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	4	PA
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	4	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	4	PA BvD
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	3	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	3	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	2	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	4	PA NSO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	4	
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	4	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	4	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	4	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	4	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	4	PA
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	4	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	4	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	4	PA
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	4	PA
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	4	PA
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	4	PA; LA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	4	PA
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	4	PA
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	4	PA
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	2	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	2	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	2	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	2	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DENGVAIXA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	2	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	2	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	2	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	2	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	2	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	2	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	2	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	2	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	2	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	2	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	2	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	2	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	2	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	2	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	2	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	2	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	2	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	2	PA BvD

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	2	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye)</i> <i>drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	2	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	2	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1- 0.2 %	2	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> <i>gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	1	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>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i> <i>ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic</i> (Polycin) <i>(eye) ointment 500-10,000</i> <i>unit/gram</i>	1	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10</i> (sulfacetamide sodium) <i>%</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic</i> <i>(ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i> <i>ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 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>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops</i> (Zymaxid) 0.5 %	1	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i> 0.3 % (3 mg/gram)	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 %	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic</i> (ear) drops 1-2 %	1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye)</i> (Vigamox) drops 0.5 %	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	3	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> (Neo-Polycin HC) <i>ophthalmic (eye) ointment</i> 3.5-400- 10,000 mg-unit/g-1%	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> (Neo-Polycin) <i>ophthalmic (eye) ointment</i> 3.5-400- 10,000 mg-unit-unit/g	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> (Maxitrol) <i>ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> (Maxitrol) <i>ophthalmic (eye) ointment</i> 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 1.75 mg- 10,000 unit-0.025mg/ml	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic</i> (eye) drops,suspension 3.5-10,000- 10 mg-unit-mg/ml	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i> drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i> solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml- %	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los 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 hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (neomycin-bacitracin-polymyxin)	1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i> (Ocuflox)	1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i> (Polytrim)	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	3	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	2	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	2	ST; QL (10 per 25 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	2	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	3	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/lactuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	2	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	2	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	2	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 13 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/lactuation</i> (Nasonex 24hr Allergy)	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	2	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los 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)	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Alcaine)	1	
Agentes Terapeuticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	4	PA
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	4	PA
<i>buspirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	3	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	4	PA; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	4	PA
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	2	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 100 mg	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 25 mg, 50 mg (Vistaril)	1	
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	3	PA; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln</i> 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium injection solution</i> 10 mg/ml	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution</i> 100 mg/ml (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet</i> 330 mg (Carnitor)	3	
<i>mesna intravenous solution</i> 100 mg/ml (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	4	
<i>nitisinone oral capsule</i> 20 mg (Orfadin)	4	PA
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	4	PA
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> 60 mg/5 ml (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 30 mg	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 60 mg (Mestinon)	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	3	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	4	PA; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	4	PA; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	4	PA NSO; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	3	QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	4	PA; QL (12 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	2	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	2	
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	4	PA; QL (30 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral</i> (Revatio) <i>tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral</i> (Alyq) <i>tablet 20 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 (bosentan) MG, 62.5 MG	4	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	4	PA; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	4	PA; 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	4	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	4	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	4	PA; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	PA-HRM; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	PA-HRM; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	PA-HRM; QL (60 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup outer 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 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>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-15 mg, 300-30 mg	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-60 mg	1	QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> 30-50-325-40 mg (codeine-butalbital- asa-caff)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i> 0.3 mg/ml (Buprenex)	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i> 0.3 mg/ml	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i> 50-325-40 mg (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i> 50-325-40 mg	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i> 50-325-40 mg	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>codeine sulfate oral tablet</i> 30 mg, 60 mg	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule</i> 30-50-325-40 mg (Ascomp with Codeine)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet</i> 10-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 2.5-325 mg, 5-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 7.5-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	1	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	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i> 200 mcg	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch</i> 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	1	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
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i> (methadone)	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	3	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	3	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	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>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	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)	2	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	2	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	2	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	2	QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	2	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)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	4	PA
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	4	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	4	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	4	PA; 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)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	4	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	4	PA BvD
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	4	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin 600 mg/4 ml addvan sdv, outer</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml, 900 mg/6 ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	4	
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	4	
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML (vancomycin)	3	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	4	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	3	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	4	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln</i> (Zithromax) 500 mg	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	4	QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	3	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 (penicillin g potassium) million unit</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin oral (Cipro) suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxylene NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	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
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1 QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		1
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1 QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) 1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) 1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron) 1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) 1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad) 1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol) 1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol) 1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol) 1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol) 1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad) 1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive)) 1	
<i>desog-e.estradiolle.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28)) 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri) 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28)) 1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	3	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1-50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jaimiess oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	1 QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	1 QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	1
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	1 QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	1
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estradiol)	1 QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Aurovela 1.5/30 (21))	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Aurovela 1/20 (21))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Merzee)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 1mg-35mcg (9)</i>	(Tri-Legest Fe)	1
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	1
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	1
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Estarylla)	1
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		1
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>		1
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-previfem (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tulana oral tablet</i> 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable</i> 0.1 mg- 20 mcg		3	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet</i> 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg		1	
<i>vestura (28) oral tablet</i> 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet</i> 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>violele (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vyfemla (28) oral tablet</i> 0.4-35 mg-mcg		1	
<i>vylibra oral tablet</i> 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>wera (28) oral tablet</i> 0.5-35 mg-mcg		1	
<i>xulane transdermal patch weekly</i> 150-35 mcg/24 hr		1	QL (3 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	1	QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	2	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	4	PA NSO; 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
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	4	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	3	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	3	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	4	PA NSO
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	4	ST; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	3	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	4	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	4	ST
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	PA BvD
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	3	PA NSO; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
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)	3	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	4	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	4	PA NSO; 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)	3	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)	3	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	PA NSO; 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	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet</i> (Pristiq) <i>extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>maprotiline oral tablet 50 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	3	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	3	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	4	PA NSO
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	2	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	3	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	4	PA BvD
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i> (Cancidas)	1	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	4	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	4	PA
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	4	PA
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	4	PA
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	4	PA BvD
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	4	PA
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	3	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	3	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	4	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	3	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	4	
APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	4	QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	4	
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 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
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	4	
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	4	QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular</i> (Apretude) <i>suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	4	QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300- 300 MG	4	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	4	
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600</i> (Prezista) <i>mg, 800 mg</i>	4	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	4	
DESCOVY ORAL TABLET 120- 15 MG, 200-25 MG	4	
<i>didanosine oral capsule,delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50- 300 MG	4	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	4	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral</i> (Atripla) <i>tablet 600-200-300 mg</i>	4	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil</i> (Symfi Lo) <i>tablet 400-300-300 mg</i>	4	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil</i> (Symfi) <i>tablet 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	4	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	3	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	3	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	4	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	4	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	4	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	4	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	4	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	3	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	4	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	4	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	3	
ODEFSEY ORAL TABLET 200- 25-25 MG	4	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	4	
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	4	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	4	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	3	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	4	
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	4	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	2	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	4	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	4	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	4	
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	4	PA BvD
SYMTUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	4	
TEMIXYS ORAL TABLET 300- 300 MG	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	3	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600- 50-300 MG	4	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300- 150-300 MG (abacavir-lamivudine- zidovudine)	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
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	4	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	4	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	4	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	4	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	3	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	4	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	4	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	4	PA; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	4	PA; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	4	PA; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	3	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	3	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	3	QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	4	PA NSO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	4	
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	3	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AQINJECT PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
BD ECLIPSE 30GX1/2" (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML (insulin syringe needleless) W/O NEEDLE	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	
BD NANO 2 GEN PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SAFETYGLIDE NEEDLE NEEDLE 27 X 5/8 "	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	1	
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	
CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"		1	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Lite Touch Insulin Syringe)	1
EXEL INSULIN SYRINGE 27G- 1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FIFTY50 INS SYR 1 ML (Advocate Syringes) 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" (pen needle, diabetic) NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	1	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 (Lite Touch Insulin ML 28 GAUGE Syringe)	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
FREESTYLE PREC 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	1	
FREESTYLE PREC 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	
GAUZE PAD TOPICAL (gauze bandage) BANDAGE 2 X 2 "	1	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
GNP ULTRA COMFORT 0.5 (insulin syringe-needle ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 u-100) GAUGE	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 u-100) ML 30 GAUGE X 7/16"	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 (insulin syringe-needle ML SYR 0.3 ML 30 u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		1	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		2	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insuln Syr(half unit))	1	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	2	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	2	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	2	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 5MM (Embrace Pen Needle) OUTER 30 GAUGE X 3/16"	1	
PEN NEEDLE 30G 8MM (CareFine Pen Needle) INNER 30 GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Pentips Plus)	1	
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	1	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	1	
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" Pentips)	1	
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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)	1	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		1	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML SYR (Lite Touch Insulin Syringe) 1/2 ML 29	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31G (Comfort EZ PRO 4MM 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" (gauze bandage) 2"X2", STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	1	
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SURE COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE INSULIN SYRINGE u-100) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 1/4"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
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)	1	
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)	1	
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
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)	1	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NEEDLE 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRA FLO PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
ULTRA THIN PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 30G X (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE INS 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
ULTRACARE INS 1 ML 31G X (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VANISHPOINT 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" SY OUTER 0.5 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	1	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 (insulin syringe-needle SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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"	1	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	2	
V-GO 30 DEVICE	2	
V-GO 40 DEVICE	2	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>electrolyte-148 intravenous (Plasma-Lyte 148) parenteral solution</i>	1	
ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE	3	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	3	
<i>klor-con m10 oral tablet,er (potassium chloride) particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er (potassium chloride) particles/crystals 15 meq</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i> (K-Tab)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los 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-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	1	
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	3	PA
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	1	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	2	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 30 (Lovenox) mg/0.3 ml	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 40 (Lovenox) mg/0.4 ml	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 60 (Lovenox) mg/0.6 ml	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml	4	QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 5 mg/0.4 ml	4	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	4	QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> solution 1,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (warfarin) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	2	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	2	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	2	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	2	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	4	PA
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	4	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	4	PA; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	4	
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	4	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	4	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
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	2	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	2	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	4	PA
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	4	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	4	PA
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	4	PA
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	2	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	4	PA; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	4	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	4	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG (nitisinone)	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	4	PA
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	4	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	4	PA BvD
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	4	PA
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	4	PA; LA
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	2	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab (pnv,calcium 72-iron-gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)</i>	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	1	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg- 320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>vinate care chewable tablet 40 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

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

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

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	143	ADVAIR DISKUS.....	61	<i>amabelz</i>	76
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	143	ADVAIR HFA.....	62	<i>amantadine hcl</i>	30
<i>abacavir</i>	136	ADVOCATE PEN NEEDLE	144	<i>ambrisentan</i>	101
<i>abacavir-lamivudine</i>	136	ADVOCATE SYRINGES....	144	<i>amethia</i>	116
<i>abacavir-lamivudine- zidovudine</i>	136	<i>afirmelle</i>	116	<i>amiloride</i>	49
ABELCET.....	133	AJOVY AUTOINJECTOR....	26	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	49
ABILIFY MAINTENA.....	32	AJOVY SYRINGE.....	26	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE).....	38
<i>abiraterone</i>	3	AKEEGA.....	3	<i>amiodarone</i>	41
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	143, 144	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	27	<i>amitriptyline</i>	130
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (NETUPITANT).....	27	<i>amlodipine</i>	46
ABRYSVO.....	87	<i>ala-cort</i>	65	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	47
<i>acamprosate</i>	18	<i>albendazole</i>	29	<i>amlodipine-benazepril</i>	46
<i>acarbose</i>	20	<i>albuterol sulfate</i>	63	<i>amlodipine-olmesartan</i>	46
<i>accutane</i>	68	<i>alclometasone</i>	65	<i>amlodipine-valsartan</i>	46
<i>acebutolol</i>	41	ALCOHOL PADS.....	68	<i>amlodipine-valsartan-hcthiacid</i> ..	46
<i>acetaminophen-codeine</i> ... 103, 104		ALCOHOL PREP PADS.....	69	<i>ammonium lactate</i>	68
<i>acetazolamide</i>	93	ALCOHOL PREP SWABS....	68	<i>amoxapine</i>	130
<i>acetazolamide sodium</i>	93	ALCOHOL SWABS.....	68	<i>amoxicillin</i>	112, 113
<i>acetic acid</i>	94	ALCOHOL WIPES.....	69	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	113
<i>acetylcysteine</i>	60	ALECENSA.....	3	<i>amphotericin b</i>	133
<i>acitretin</i>	68	<i>alendronate</i>	53	<i>amphotericin b liposome</i>	133
ACTEMRA.....	82	<i>alfuzosin</i>	75	<i>ampicillin</i>	113
ACTEMRA ACTPEN.....	81	ALIMTA.....	3	<i>ampicillin sodium</i>	113
ACTHAR.....	79	<i>aliskiren</i>	51	<i>ampicillin-sulbactam</i>	113
ACTHIB (PF).....	88	<i>allopurinol</i>	25	<i>anagrelide</i>	189
ACTIMMUNE.....	99	<i>alosetron</i>	52	<i>anastrozole</i>	3
<i>acyclovir</i>	68, 142, 143	ALPHAGAN P.....	93	ANORO ELLIPTA.....	63
<i>acyclovir sodium</i>	143	<i>alprazolam</i>	19	<i>apomorphine</i>	30
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	88	ALREX.....	96	APONVIE.....	27
<i>adapalene</i>	70	<i>altavera (28)</i>	116	<i>apraclonidine</i>	98
<i>adefovir</i>	143	ALTRENO.....	70	<i>aprepitant</i>	27, 28
ADEMPAS.....	101	ALUNBRIG.....	3	APRETUDE.....	136
<i>adrucil</i>	3	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	116	<i>apri</i>	116
		<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	116	APTIOM.....	125
		<i>alyq</i>	101	APTIVUS.....	136

AQINJECT PEN NEEDLE	<i>aviane</i>	BD SAFETYGLIDE
..... 144, 145	AVONEX.....	SYRINGE.....
<i>aranelle (28)</i>	<i>ayuna</i>	BD ULTRA-FINE MICRO
ARCALYST.....	AYVAKIT.....	PEN NEEDLE.....
AREXVY (PF).....	<i>azacitidine</i>	BD ULTRA-FINE MINI
AREXVY ANTIGEN	<i>azathioprine</i>	PEN NEEDLE.....
COMPONENT.....	<i>azathioprine sodium</i>	BD ULTRA-FINE NANO
<i>aripiprazole</i>	<i>azelastine</i>	PEN NEEDLE.....
ARISTADA.....	<i>azithromycin</i>	BD ULTRA-FINE ORIG
ARISTADA INITIO.....	AZOPT.....	PEN NEEDLE.....
<i>armodafinil</i>	<i>aztreonam</i>	BD ULTRA-FINE SHORT
ARNUITY ELLIPTA.....	<i>azurette (28)</i>	PEN NEEDLE.....
<i>ascomp with codeine</i>	<i>bacitracin</i>	BD VEO INSULIN SYR
<i>asenapine maleate</i>	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	(HALF UNIT).....
<i>ashlyna</i>	<i>baclofen</i>	BD VEO INSULIN
<i>aspirin-dipyridamole</i>	<i>bal-care dha</i>	SYRINGE UF.....
ASSURE ID DUO-SHIELD	<i>bal-care dha essential</i>	BELSOMRA.....
ASSURE ID INSULIN	<i>balsalazide</i>	<i>benazepril</i>
SAFETY.....	BALVERSA.....	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>
ASSURE ID PEN NEEDLE	<i>balziva (28)</i>	<i>bendamustine</i>
<i>atazanavir</i>	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	BENDAMUSTINE.....
<i>atenolol</i>	BD ALCOHOL SWABS.....	BENDEKA.....
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	BD AUTOSHIELD DUO	BENLYSTA.....
<i>atomoxetine</i>	PEN NEEDLE.....	<i>benztropine</i>
<i>atorvastatin</i>	BD ECLIPSE LUER-LOK... ..	BESREMI.....
<i>atovaquone</i>	BD INSULIN SYRINGE.....	<i>betaine</i>
<i>atovaquone-proguanil</i>	BD INSULIN SYRINGE	<i>betamethasone acet,sod phos</i>
<i>atropine</i>	(HALF UNIT).....	<i>betamethasone dipropionate</i>
ATROVENT HFA.....	BD INSULIN SYRINGE	<i>betamethasone valerate</i>
<i>aubra eq</i>	SLIP TIP.....	<i>betamethasone, augmented</i>
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	BD INSULIN SYRINGE U-	BETASERON.....
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	500.....	<i>betaxolol</i>
<i>aurovela 24 fe</i>	BD INSULIN SYRINGE	<i>bethanechol chloride</i>
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	ULTRA-FINE.....	<i>bexarotene</i>
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	BD NANO 2ND GEN PEN	BEXSERO.....
AUSTEDO.....	NEEDLE.....	<i>bicalutamide</i>
AUSTEDO XR.....	BD SAFETYGLIDE	BICILLIN L-A.....
AUSTEDO XR	INSULIN SYRINGE....	BIKTARVY.....
TITRATION KT(WK1-4).....	BD SAFETYGLIDE	<i>bisoprolol fumarate</i>
AUVELITY.....	NEEDLE.....	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>

<i>bleomycin</i>	4	<i>calcium acetate (phosphat</i>	<i>cefoxitin</i>	111
<i>bleph-10</i>	94	<i>bind)</i>	<i>cefpodoxime</i>	111
<i>blisovi 24 fe</i>	117	<i>calcium chloride</i>	<i>cefprozil</i>	111
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	117	CALQUENCE.....	<i>ceftazidime</i>	111
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	117	CALQUENCE	<i>ceftriaxone</i>	111
BOOSTRIX TDAP.....	88	(ACALABRUTINIB MAL).....	<i>cefuroxime axetil</i>	111
BORDERED GAUZE.....	147	<i>camila</i>	<i>cefuroxime sodium</i>	111
<i>bortezomib</i>	4	<i>candesartan</i>	<i>celecoxib</i>	102
BORTEZOMIB.....	4	<i>candesartan-</i>	<i>cephalexin</i>	112
BOSULIF.....	4	<i>hydrochlorothiazid</i>	CERDELGA.....	193
BRAFTOVI.....	4	CAPLYTA.....	<i>cevimeline</i>	65
BREO ELLIPTA.....	62	CAPRELSA.....	<i>chateal eq (28)</i>	117
BREZTRI AEROSPHERE....	63	<i>captopril</i>	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	108
<i>briellyn</i>	117	<i>carbamazepine</i>	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	19
BRILINTA.....	191	<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>chlorhexidine gluconate</i>	65
<i>brimonidine</i>	93	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chloroquine phosphate</i>	29
<i>brimonidine-timolol</i>	93	<i>entacapone</i>	<i>chlorothiazide sodium</i>	49
BRIVIACT.....	125	CAREFINE PEN NEEDLE	<i>chlorpromazine</i>	33
<i>bromocriptine</i>	30	.....	<i>chlorthalidone</i>	49
BROMSITE.....	96	.....	<i>chlorzoxazone</i>	194
BRUKINSA.....	4	CARETOUCH ALCOHOL	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	47
<i>budesonide</i>	52, 62	PREP PAD.....	<i>cholestyramine light</i>	47
<i>bumetanide</i>	49	CARETOUCH INSULIN	<i>ciclopirox</i>	133
<i>buprenorphine hcl</i>	18, 104	SYRINGE.....	<i>cilostazol</i>	191
<i>buprenorphine-naloxone</i>	18	CARETOUCH PEN	CIMDUO.....	137
<i>bupropion hcl</i>	130	NEEDLE.....	<i>cimetidine hcl</i>	71
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ..	18	<i>carglumic acid</i>	CIMZIA.....	82
<i>buspirone</i>	99	<i>carteolol</i>	CIMZIA POWDER FOR	
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	104	<i>cartia xt</i>	RECONST.....	82
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	104	<i>carvedilol</i>	<i>cinacalcet</i>	53
CABENUVA.....	137	<i>caspofungin</i>	CINQAIR.....	60
<i>cabergoline</i>	30	CAYSTON.....	CINRYZE.....	191
CABLIVI.....	189	<i>caziant (28)</i>	<i>ciprofloxacin</i>	114
CABOMETYX.....	4	<i>cefaclor</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	94, 114
<i>cabotegravir</i>	137	<i>cefadroxil</i>	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	114
<i>caffeine citrate</i>	56	<i>cefazolin</i>	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	94
<i>calcipotriene</i>	68	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> ..	<i>citalopram</i>	130
<i>calcitonin (salmon)</i>	53	<i>cefdinir</i>	<i>clarithromycin</i>	112
<i>calcitriol</i>	53	<i>cefepime</i>	CLENPIQ.....	74
		<i>cefixime</i>		
		<i>cefotaxime</i>		

CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clonazepam</i>	19	CREON.....	193
.....	<i>clonidine</i>	40	<i>cromolyn</i>	60, 72, 98
<i>clindamycin hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	40	<i>cryselle (28)</i>	117
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	<i>clopidogrel</i>	191	CURAD GAUZE PAD.....	152
<i>clindamycin pediatric</i>	<i>clorazepate dipotassium</i>	19	CURITY ALCOHOL	
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole</i>	133	SWABS.....	68
.....	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	133	CURITY GAUZE.....	152
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	<i>clozapine</i>	33	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	117
CLINIMIX 5%/D15W	<i>c-nate dha</i>	195	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	117
SULFITE FREE.....	COARTEM.....	29	<i>cyclobenzaprine</i>	194
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine sulfate</i>	104	<i>cyclopentolate</i>	98
SULF FREE.....	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	104	<i>cyclophosphamide</i>	5
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colchicine (gout)</i>	25	<i>cyclosporine</i>	82, 83
SULFIT FREE.....	<i>colesevelam</i>	47	<i>cyclosporine modified</i>	83
CLINIMIX 5%-	<i>colestipol</i>	47	<i>cyproheptadine</i>	135
D20W(SULFITE-FREE).....	<i>colistin (colistimethate na)</i>	109	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 6%-D5W	COMBIVENT RESPIMAT...	64	<i>cyred eq</i>	117
(SULFITE-FREE).....	COMETRIQ.....	5	CYSTARAN.....	98
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
D10W(SULFITE-FREE).....	SYRINGE.....	149, 150, 151	<i>chloride</i>	187
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ PEN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	187
D14W(SULFITE-FREE).....	NEEDLES.....	149, 150	<i>dabigatran etexilate</i>	189
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PRO		<i>dalfampridine</i>	56
SULF FREE.....	SAFETY PEN NDL.....	150	<i>danazol</i>	76
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN		<i>dantrolene</i>	194
SUL FREE.....	NEEDLE.....	151	DANYELZA.....	5
CLINIMIX E 4.25%/D5W	COMPLERA.....	137	<i>dapsone</i>	135
SULF FREE.....	<i>completenate</i>	195	DAPTACEL (DTAP	
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>compro</i>	28	PEDIATRIC) (PF).....	88
SULFIT FREE.....	<i>constulose</i>	72	<i>daptomycin</i>	109
CLINIMIX E 5%/D20W	COPAXONE.....	56	<i>darunavir ethanolate</i>	137
SULFIT FREE.....	COPIKTRA.....	5	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	117
CLINIMIX E 8%-D10W	CORLANOR.....	44	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	117
SULFITEFREE.....	CORTROPHIN GEL.....	79	DAURISMO.....	5
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX.....	82	<i>daysee</i>	117
SULFITEFREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES).	82	<i>deblitane</i>	117
<i>clobazam</i>	COSENTYX PEN (2 PENS)..	82	<i>decitabine</i>	5
<i>clobetasol</i>	COSENTYX UNOREADY		<i>deferasirox</i>	107
<i>clobetasol-emollient</i>	PEN.....	82	<i>deferiprone</i>	107
<i>clomipramine</i>	COTELLIC.....	5	DELSTRIGO.....	137

DENGVAXIA (PF).....	89	diltiazem hcl.....	43	DROPLET PEN NEEDLE	
denta 5000 plus.....	65	dilt-xr.....	43	.....	153, 154
dentagel.....	65	dimenhydrinate.....	28	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA.....	152	dimethyl fumarate.....	56, 57	PREP PADS.....	68
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	52	DROPSAFE INSULIN	
WOVEN.....	152	diphenhydramine hcl.....	135	SYRINGE.....	154
DESCOVY.....	137	diphenoxylate-atropine.....	72	DROPSAFE PEN NEEDLE	154
desipramine.....	130	dipyridamole.....	191	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	
desmopressin.....	79	disopyramide phosphate.....	41	.....	117, 118
desog-e.estradiolle.estradiol....	117	disulfiram.....	18	DROXIA.....	189
desogestrel-ethinyl estradiol....	117	divalproex.....	126	<i>droxidopa</i>	40
desoximetasone.....	66	dofetilide.....	41	DUAVEE.....	77
desvenlafaxine succinate.....	131	donepezil.....	20	<i>duloxetine</i>	131
dexamethasone.....	78	DOPTELET (10 TAB PACK)		DUPIXENT PEN.....	83
dexamethasone sodium phos		.....	191	DUPIXENT SYRINGE.....	83
(pf).....	78	DOPTELET (15 TAB PACK)		<i>dutasteride</i>	75
dexamethasone sodium		.....	191	EASY COMFORT	
phosphate.....	78, 97	DOPTELET (30 TAB PACK)		ALCOHOL PAD.....	68
dexmethylphenidate.....	56	.....	191	EASY COMFORT	
dextroamphetamine sulfate.....	56	<i>dorzolamide</i>	93	INSULIN SYRINGE....	155, 156
dextroamphetamine-		<i>dorzolamide-timolol</i>	93	EASY COMFORT PEN	
amphetamine.....	56	<i>dotti</i>	76	NEEDLES.....	155, 156
dextrose 10 % in water (d10w) .	39	DOVATO.....	137	EASY GLIDE INSULIN	
dextrose 5 % in water (d5w)	39	<i>doxazosin</i>	40	SYRINGE.....	156
DIACOMIT.....	125, 126	<i>doxepin</i>	131	EASY GLIDE PEN	
diazepam.....	19, 126	<i>doxorubicin</i>	5	NEEDLE.....	156
diazepam intensol.....	19	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	EASY TOUCH.....	158
diazoxide.....	99	<i>doxy-100</i>	115	EASY TOUCH ALCOHOL	
diclofenac potassium.....	102	<i>doxycycline hyclate</i>	115	PREP PADS.....	68
diclofenac sodium.....	97, 102	<i>doxycycline monohydrate</i>	115	EASY TOUCH FLIPLOCK	
diclofenac-misoprostol.....	102	DRIZALMA SPRINKLE....	131	INSULIN.....	157, 158
dicloxacillin.....	113	<i>dronabinol</i>	28	EASY TOUCH FLIPLOCK	
dicyclomine.....	72	<i>droperidol</i>	28	SYRINGE.....	157
didanosine.....	137	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH INSULIN	
DIFICID.....	112	SYR(HALF UNIT).....	152	SAFETY SYR.....	156, 157
difluprednate.....	97	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH INSULIN	
digitek.....	44	SYRINGE.....	152, 153	SYRINGE.....	156, 157, 158, 159
digox.....	44	DROPLET MICRON PEN		EASY TOUCH LUER	
digoxin.....	44	NEEDLE.....	153	LOCK INSULIN.....	158
dihydroergotamine.....	26				

EASY TOUCH PEN NEEDLE.....	158	<i>enalapril maleate</i>	50	<i>escitalopram oxalate</i>	131
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	158, 159	<i>enalaprilat</i>	50	<i>esomeprazole magnesium</i>	71
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	157, 158	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	50, 51	<i>esomeprazole sodium</i>	71
EASY TOUCH UNI-SLIP...	159	ENBREL.....	83	<i>estarylla</i>	118
<i>ec-naproxen</i>	102	ENBREL MINI.....	83	<i>estradiol</i>	77
<i>econazole</i>	133	ENBREL SURECLICK.....	83	<i>estradiol valerate</i>	77
EDARBI.....	45	ENDARI.....	99	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	77
EDARBYCLOR.....	45	<i>endocet</i>	104	<i>eszopiclone</i>	54
EDURANT.....	137	ENGERIX-B (PF).....	89	<i>ethambutol</i>	135
<i>efavirenz</i>	137	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	89	<i>ethosuximide</i>	126
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	137	<i>enilloring</i>	118	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	118
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	137	<i>enoxaparin</i>	190	<i>etodolac</i>	102
EGRIFTA SV.....	80	<i>enpresse</i>	118	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	118
<i>electrolyte-148</i>	187	<i>enskyce</i>	118	ETOPOPHOS.....	6
ELIGARD.....	6	<i>entacapone</i>	31	<i>etoposide</i>	6
ELIGARD (3 MONTH).....	5	<i>entecavir</i>	143	<i>etravirine</i>	138
ELIGARD (4 MONTH).....	6	ENTRESTO.....	45	EUCRISA.....	66
ELIGARD (6 MONTH).....	6	<i>enulose</i>	72	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	6, 7
<i>elinst</i>	118	EPCLUSA.....	141	<i>everolimus</i> (immunosuppressive)	83
ELIQUIS.....	190	EPIDIOLEX.....	126	EVOTAZ.....	138
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	190	<i>epinastine</i>	98	EVRYSDI.....	99
ELLA.....	118	<i>epinephrine</i>	44, 45	EXEL INSULIN.....	159
ELMIRON.....	99	<i>epitol</i>	126	<i>exemestane</i>	7
ELREXFIO.....	6	EPIVIR HBV.....	138	EXKIVITY.....	7
<i>eluryng</i>	118	EPKINLY.....	6	EYSUVIS.....	97
EMBRACE PEN NEEDLE.	159	<i>eplerenone</i>	51	<i>ezetimibe</i>	47
EMCYT.....	6	EPRONTIA.....	126	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	47
EMEND.....	28	ERBITUX.....	6	<i>falmina (28)</i>	118
EMGALITY PEN.....	26	<i>ergoloid</i>	20	<i>famciclovir</i>	143
EMGALITY SYRINGE.....	26	ERIVEDGE.....	6	<i>famotidine</i>	71
<i>emoquette</i>	118	ERLEADA.....	6	<i>famotidine (pf)</i>	71
EMSAM.....	131	<i>erlotinib</i>	6	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	71
<i>emtricitabine</i>	137	<i>errin</i>	118	FANAPT.....	33
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	138	<i>ertapenem</i>	110	FARXIGA.....	20
EMTRIVA.....	138	<i>ery pads</i>	70	FARYDAK.....	7
		<i>erythromycin</i>	94, 112	FASENRA.....	60
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	112	FASENRA PEN.....	60
		<i>erythromycin with ethanol</i>	70	<i>febuxostat</i>	25
				<i>felbamate</i>	126

FEMRING.....	77	<i>fluoxetine</i>	131	GAUZE PAD.....	160
<i>femynor</i>	118	<i>fluphenazine decanoate</i>	33	<i>gavilyte-c</i>	74
<i>fenofibrate</i>	48	<i>fluphenazine hcl</i>	33, 34	<i>gavilyte-g</i>	74
<i>fenofibrate micronized</i>	47	<i>flurbiprofen</i>	102	<i>gavilyte-n</i>	74
<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	48	<i>flurbiprofen sodium</i>	97	GAVRETO.....	7
<i>fenofibric acid (choline)</i>	48	<i>flutamide</i>	7	<i>gefitinib</i>	7
<i>fentanyl</i>	104	<i>fluticasone propionate</i>	66, 97	<i>gemfibrozil</i>	48
<i>fentanyl citrate</i>	104	<i>fluvastatin</i>	48	<i>generlac</i>	72
FERRIPROX.....	108	<i>fluvoxamine</i>	131	<i>gengraf</i>	84
FERRIPROX (2 TIMES A		<i>folivane-ob</i>	195	<i>gentak</i>	95
DAY).....	107	<i>fondaparinux</i>	190	<i>gentamicin</i>	70, 95, 108
<i>fesoterodine</i>	75	FORTEO.....	53	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	108
FETZIMA.....	131	<i>fosamprenavir</i>	138	<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	108
FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosaprepitant</i>	28	GENVOYA.....	138
INSULIN.....	23	<i>foscarnet</i>	141	GILENYA.....	57
FIASP PENFILL U-100		<i>fosinopril</i>	51	GILOTRIF.....	7
INSULIN.....	23	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	51	<i>glatiramer</i>	57
FIASP U-100 INSULIN.....	23	<i>fosphenytoin</i>	126	<i>glatopa</i>	57
<i>finasteride</i>	75	FOTIVDA.....	7	GLEOSTINE.....	7
<i> fingolimod</i>	57	FREESTYLE PRECISION..	160	<i>glimepiride</i>	25
FINTEPLA.....	126	FULPHILA.....	191	<i>glipizide</i>	25
FIRVANQ.....	109	<i>fulvestrant</i>	7	<i>glipizide-metformin</i>	25
FLEBOGAMMA DIF.....	83	<i>furosemide</i>	49	<i>glyburide</i>	25
<i>flecainide</i>	41	FUZEON.....	138	<i>glyburide micronized</i>	25
FLOVENT DISKUS.....	62	FYARRO.....	7	<i>glyburide-metformin</i>	25
FLOVENT HFA.....	62	<i>fyavolv</i>	77	<i>glycopyrrolate</i>	72
<i>floxuridine</i>	7	FYCOMPA.....	126	<i>glydo</i>	106
<i>fluconazole</i>	134	<i>gabapentin</i>	127	GLYXAMBI.....	20
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	133	GALAFOLD.....	193	<i>granisetron (pf)</i>	28
<i>flucytosine</i>	134	<i>galantamine</i>	20	<i>granisetron hcl</i>	28
<i>fludrocortisone</i>	78	GAMIFANT.....	83	GRANIX.....	192
<i>flumazenil</i>	57	GAMMAGARD LIQUID.....	83	<i>griseofulvin microsize</i>	134
<i>flunisolide</i>	97	GAMMAGARD S-D (IGA <		<i>guanfacine</i>	40, 57
<i>fluocinolone</i>	66	1 MCG/ML).....	84	GVOKE.....	99
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	97	GAMMAPLEX.....	84	GVOKE HYPOPEN 2-	
<i>fluocinonide</i>	66	GAMMAPLEX (WITH		PACK.....	99
<i>fluocinonide-emollient</i>	66	SORBITOL).....	84	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>fluoride (sodium)</i>	65	GARDASIL 9 (PF).....	89	SYRINGE.....	99
<i>fluorometholone</i>	97	<i>gatifloxacin</i>	95	HAEGARDA.....	192
<i>fluorouracil</i>	7, 68	GATTEX 30-VIAL.....	72	<i>hailey</i>	118

<i>hailey 24 fe</i>	118	HUMULIN R U-500		IMPAVIDO	29
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	118	(CONC) INSULIN	23	INBRIJA.....	31
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	118	HUMULIN R U-500		<i>incassia</i>	119
<i>halobetasol propionate</i>	67	(CONC) KWIKPEN.....	23	INCONTROL ALCOHOL	
<i>haloette</i>	119	<i>hydralazine</i>	45	PADS.....	68
<i>haloperidol</i>	34	<i>hydrochlorothiazide</i>	50	INCONTROL PEN	
<i>haloperidol decanoate</i>	34	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	105	NEEDLE.....	161, 162
<i>haloperidol lactate</i>	34	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	105	INCRELEX.....	80
HARVONI.....	141	<i>hydrocortisone</i>	52, 67, 78	<i>indapamide</i>	50
HAVRIX (PF).....	89	<i>hydrocortisone butyrate</i>	67	<i>indomethacin</i>	103
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone valerate</i>	67	INFANRIX (DTAP) (PF).....	89
SYRINGE.....	160, 161	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	95	<i>infliximab</i>	85
HEALTHWISE PEN		<i>hydrocortisone-min oil-wht pet</i> ..	67	INLYTA.....	8
NEEDLE.....	161	<i>hydromorphone</i>	105	INPEN (FOR HUMALOG)	
HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone (pf)</i>	105	BLUE.....	162
UNIFINE PENTIP.....	161	<i>hydroxychloroquine</i>	29	INPEN (NOVOLOG OR	
<i>heather</i>	119	<i>hydroxyurea</i>	7	FIASP) BLUE.....	162
<i>heparin (porcine)</i>	190	<i>hydroxyzine hcl</i>	135	INQOVI.....	8
<i>heparin, porcine (pf)</i>	190	<i>hydroxyzine pamoate</i>	99	INREBIC.....	8
HEPLISAV-B (PF).....	89	<i>ibandronate</i>	53	INSULIN SYR/NDL U100	
HERCEPTIN HYLECTA.....	7	IBRANCE.....	7	HALF MARK.....	162
HERZUMA.....	7	<i>ibu</i>	102	INSULIN SYRINGE.....	146
HIBERIX (PF).....	89	<i>ibuprofen</i>	103	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA.....	84	<i>ibuprofen-famotidine</i>	103	MICROFINE.....	146
HUMIRA PEN.....	84	<i>icatibant</i>	45	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN CROHNS-		<i>iclevia</i>	119	NEEDLELESS.....	146
UC-HS START.....	84	ICLUSIG.....	8	INSULIN SYRINGE-	
HUMIRA PEN PSOR-		IDHIFA.....	8	NEEDLE U-100	
UVEITS-ADOL HS.....	84	<i>ifosfamide</i>	8	146, 148, 159, 160, 162, 163, 171,	
HUMIRA(CF).....	85	IGALMI.....	99	172, 176	
HUMIRA(CF) PEDI		ILEVRO.....	97	INSUPEN PEN NEEDLE	
CROHNS STARTER.....	84	<i>imatinib</i>	8	.....	163, 164
HUMIRA(CF) PEN.....	85	IMBRUVICA.....	8	INTELENCE.....	138
HUMIRA(CF) PEN		<i>imipenem-cilastatin</i>	110	INTRALIPID.....	40
CROHNS-UC-HS.....	84	<i>imipramine hcl</i>	131	INTRON A.....	142
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i>	68	INVEGA HAFYERA.....	34
PEDIATRIC UC.....	84	IMJUDO.....	8	INVEGA SUSTENNA.....	34
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		IMLYGIC.....	8	INVEGA TRINZA.....	35
UV-ADOL HS.....	84	IMOVAX RABIES		INVELTYS.....	97
		VACCINE (PF).....	89	INVIRASE.....	138

IPOLE.....	89	JUXTAPID.....	48	lansoprazole.....	71
ipratropium bromide.....	64, 98	JYNNEOS.....		lapatinib.....	9
ipratropium-albuterol.....	64	(PF)(STOCKPILE).....	90	larin 1.5/30 (21).....	120
irbesartan.....	45	kalliga.....	119	larin 1/20 (21).....	120
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	45	KALYDECO.....	60	larin 24 fe.....	120
ISENTRESS.....	138	kariva (28).....	119	larin fe 1.5/30 (28).....	120
ISENTRESS HD.....	138	kelnor 1/35 (28).....	119	larin fe 1/20 (28).....	120
isibloom.....	119	kelnor 1-50 (28).....	119	larissia.....	120
ISOLYTE S PH 7.4.....	187	KERENDIA.....	51	latanoprost.....	93
ISOLYTE-P IN 5 %.....		KESIMPTA PEN.....	57	leflunomide.....	85
DEXTROSE.....	187	ketoconazole.....	134	lenalidomide.....	9
ISOLYTE-S.....	187	ketorolac.....	97, 103	LENVIMA.....	10
isoniazid.....	136	KEVZARA.....	85	lessina.....	120
isosorbide dinitrate.....	51	KEYTRUDA.....	9	letrozole.....	10
isosorbide mononitrate.....	51, 52	KIMMTRAK.....	9	leucovorin calcium.....	99, 100
isosorbide-hydralazine.....	52	KINRIX (PF).....	90	LEUKERAN.....	10
isradipine.....	46	KISQALI.....	9	LEUKINE.....	192
itraconazole.....	134	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	9	leuprolide.....	10
IV PREP WIPES.....	69	KLISYRI.....	69	leuprolide (3 month).....	10
ivermectin.....	29	klor-con m10.....	187	levetiracetam.....	127
IXIARO (PF).....	90	klor-con m15.....	187	levobunolol.....	94
jaimiess.....	119	klor-con m20.....	188	levocarnitine.....	100
JAKAFI.....	8	KLOXXADO.....	18	levocarnitine (with sugar).....	100
jantoven.....	190	KORLYM.....	21	levocetirizine.....	135
JARDIANCE.....	20	KOSELUGO.....	9	levofloxacin.....	95, 98, 114
jasmiel (28).....	119	kosher prenatal plus iron.....	195	levofloxacin in d5w.....	114
javygtor.....	193	KRAZATI.....	9	levonest (28).....	120
JAYPIRCA.....	8, 9	KRINTAFEL.....	30	levonorgestrel-ethinyl estrad... levonorg-eth estrad triphasic... levora-28..... levothyroxine..... LEXIVA..... lidocaine..... lidocaine (pf)..... lidocaine hcl..... lidocaine viscous..... lidocaine-prilocaine..... lillow (28)..... linezolid..... linezolid in dextrose 5%.....	120 120 120 75 139 107 41, 107 107 107 107 120 109 109
JEMPERLI.....	9	kurvelo (28).....	119		
jencycla.....	119	KYNMOBI.....	31		
JENTADUETO.....	20	l norgestle.estradiol-e.estrad... labetalol..... lacosamide..... lactulose..... lagevrio (eua)..... lamivudine..... lamivudine-zidovudine..... lamotrigine..... lanreotide.....	120 42 127 72 143 138 138 127 80		
JENTADUETO XR.....	20, 21				
jinteli.....	77				
juleber.....	119				
JULUCA.....	138				
junel 1.5/30 (21).....	119				
junel 1/20 (21).....	119				
junel fe 1.5/30 (28).....	119				
junel fe 1/20 (28).....	119				
junel fe 24.....	119				

LINZESS.....	73	<i>lurasidone</i>	35	MAXICOMFORT INSULIN	
<i>liothyronine</i>	76	<i>luteru (28)</i>	121	SYRINGE.....	165
LISCO.....	164	LYBALVI.....	35	MAXI-COMFORT	
<i>lisinopril</i>	51	<i>lyleq</i>	121	INSULIN SYRINGE.....	165
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	51	<i>lyllana</i>	77	MAXICOMFORT SAFETY	
LITE TOUCH INSULIN		LYNPARZA.....	11	PEN NEEDLE.....	166
PEN NEEDLES.....	164	LYSODREN.....	11	MAYZENT.....	58
LITE TOUCH INSULIN		LYTGOBI.....	11	MAYZENT	
SYRINGE.....	164, 165	<i>lyza</i>	121	STARTER(FOR 1MG	
<i>lithium carbonate</i>	57	MAGELLAN INSULIN		MAINT).....	58
<i>lithium citrate</i>	57	SAFETY SYRNG.....	165	MAYZENT	
LIVALO.....	48	MAGELLAN SYRINGE.....	165	STARTER(FOR 2MG	
<i>lojaimiess</i>	120	<i>magnesium sulfate</i>	188	MAINT).....	58
LOKELMA.....	73	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	188	<i>meclizine</i>	28
LONSURF.....	10	<i>magnesium sulfate in water</i>	188	<i>medroxyprogesterone</i>	81
<i>loperamide</i>	73	<i>malathion</i>	70	<i>mefenamic acid</i>	103
<i>lopinavir-ritonavir</i>	139	<i>maprotiline</i>	131, 132	<i>mefloquine</i>	30
<i>lorazepam</i>	19	<i>maraviroc</i>	139	<i>megestrol</i>	11, 81
LORBRENA.....	10	MARGENZA.....	11	MEKINIST.....	11
<i>loryna (28)</i>	121	<i>marlissa (28)</i>	121	MEKTOVI.....	11
<i>losartan</i>	45	<i>marnatal-f</i>	195	<i>meloxicam</i>	103
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	45	MARPLAN.....	132	<i>memantine</i>	20
LOTEMAX.....	97	MATULANE.....	11	MENACTRA (PF).....	90
LOTEMAX SM.....	97	<i>matzim la</i>	43	MENQUADFI (PF).....	90
<i>loteprednol etabonate</i>	97	MAVENCLAD (10 TABLET		MENVEO A-C-Y-W-135-	
<i>lovastatin</i>	48	PACK).....	57	DIP (PF).....	90
<i>low-ogestrel (28)</i>	121	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mercaptopurine</i>	11
<i>loxapine succinate</i>	35	PACK).....	57	<i>meropenem</i>	110
<i>lo-zumandimine (28)</i>	121	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>merzee</i>	121
<i>lubiprostone</i>	73	PACK).....	58	<i>mesalamine</i>	52, 53
LUMAKRAS.....	10	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>mesna</i>	100
LUMIGAN.....	94	PACK).....	58	MESNEX.....	100
LUNSUMIO.....	10	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>metformin</i>	21
LUPRON DEPOT.....	80	PACK).....	58	<i>methadone</i>	105
LUPRON DEPOT (3		MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methadose</i>	105
MONTH).....	10, 80	PACK).....	58	<i>methenamine hippurate</i>	109
LUPRON DEPOT (4		MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methimazole</i>	76
MONTH).....	10	PACK).....	58	<i>methocarbamol</i>	194
LUPRON DEPOT (6		MAXICOMFORT II PEN		<i>methotrexate sodium</i>	11
MONTH).....	10	NEEDLE.....	165	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11

<i>methoxsalen</i>	69	<i>mondoxyne nl</i>	115	<i>nefazodone</i>	132
<i>methscopolamine</i>	73	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin</i>	108
<i>methsuximide</i>	127	SAFETY SYRINGE.....	167	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	95
<i>methyl dopa</i>	40	MONOJECT INSULIN		<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methylphenidate hcl</i>	58, 59	SYRINGE.....	166, 167	<i>polymyxin</i>	95
<i>methylprednisolone</i>	78	MONOJECT SYRINGE.....	166	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	70
<i>methylprednisolone acetate</i>	78	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methylprednisolone sodium</i>		COMFORT INSULIN.....	182	<i>dexameth</i>	95
<i>succ</i>	79	<i>mono-linyah</i>	121	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metoclopramide hcl</i>	73	<i>montelukast</i>	63	<i>gramicidin</i>	95
<i>metolazone</i>	50	<i>morphine</i>	105	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	95
<i>metoprolol succinate</i>	42	MORPHINE.....	105	<i>neo-polycin</i>	96
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	42	<i>morphine concentrate</i>	105	<i>neo-polycin hc</i>	96
<i>metoprolol tartrate</i>	42	MOUNJARO.....	21	NERLYNX.....	11
<i>metronidazole</i>	70, 108, 109	MOVANTIK.....	73	NEULASTA.....	192
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	109	<i>moxifloxacin</i>	95, 114	NEULASTA ONPRO.....	192
<i>metytrosine</i>	45	MULTAQ.....	41	NEUPRO.....	31
<i>mexiletine</i>	41	<i>mupirocin</i>	70	<i>nevirapine</i>	139
<i>miconazole-3</i>	134	MVASI.....	11	<i>newgen</i>	195
MICRODOT INSULIN PEN		<i>mycophenolate mofetil</i>	85	NEXLETOL.....	48
NEEDLE.....	166	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	85	NEXLIZET.....	48
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	121	<i>mynatal</i>	195	<i>niacin</i>	48
<i>midodrine</i>	40	<i>mynatal advance</i>	195	<i>niacor</i>	48
<i>miglustat</i>	193	<i>mynatal plus</i>	195	<i>nicardipine</i>	47
<i>mili</i>	121	<i>mynatal-z</i>	195	NICOTROL.....	18
<i>mimvey</i>	77	<i>mynate 90 plus</i>	195	<i>nifedipine</i>	47
MINI ULTRA-THIN II.....	166	MYRBETRIQ.....	75	<i>nikki (28)</i>	121
<i>minitran</i>	52	<i>nabumetone</i>	103	<i>nilutamide</i>	11
<i>minocycline</i>	115	<i>nafcillin</i>	113, 114	NINLARO.....	12
<i>minoxidil</i>	52	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	113	<i>nitazoxanide</i>	30
<i>mirtazapine</i>	132	<i>naloxone</i>	18	<i>nitisinone</i>	100, 193
<i>misoprostol</i>	72	<i>naltrexone</i>	18	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	109
MITIGARE.....	25	<i>naproxen</i>	103	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>	
<i>mitoxantrone</i>	11	<i>naratriptan</i>	26	<i>cryst</i>	109
M-M-R II (PF).....	90	NATACYN.....	95	<i>nitroglycerin</i>	52
<i>m-natal plus</i>	195	<i>nateglinide</i>	21	<i>niva-plus</i>	195
<i>modafinil</i>	54, 55	NATPARA.....	53	NIVESTYM.....	192
<i>moexipril</i>	51	NAYZILAM.....	127	<i>nizatidine</i>	72
<i>molindone</i>	35	<i>neбиволol</i>	42	NORDITROPIN FLEXPPO.....	80
<i>mometasone</i>	67, 97	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	121	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	121

<i>norethindrone acetate</i>	81	NUBEQA.....	12	OMNIPOD 5 G6 PODS	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NUCALA.....	60	(GEN 5).....	168
.....	77, 121	NULOJIX.....	85	OMNIPOD CLASSIC PDM	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>		NUPLAZID.....	35	KIT(GEN 3).....	168
.....	121, 122	NURTEC ODT.....	26	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .	122	NUTRILIPID.....	40	(GEN 3).....	168
<i>norlyda</i>	122	<i>nyamyc</i>	134	OMNIPOD DASH INTRO	
NORMOSOL-M IN 5 %		<i>nylia 1/35 (28)</i>	122	KIT (GEN 4).....	168
DEXTROSE.....	188	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	122	OMNIPOD DASH PDM	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	122	<i>nymyo</i>	122	KIT (GEN 4).....	168
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	122	<i>nystatin</i>	134	OMNIPOD DASH PODS	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	122	<i>nystatin-triamcinolone</i>	134	(GEN 4).....	168
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	122	<i>nystop</i>	135	OMNIPOD GO PODS.....	169
<i>nortriptyline</i>	132	NYVEPRIA.....	192	OMNIPOD GO PODS 10	
NORVIR.....	139	<i>obstetrix dha</i>	195	UNITS/DAY.....	168
NOVOFINE 30.....	167	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	195	OMNIPOD GO PODS 15	
NOVOFINE 32.....	167	<i>o-cal prenatal</i>	195	UNITS/DAY.....	168
NOVOFINE PLUS.....	167	OALIVA.....	73	OMNIPOD GO PODS 20	
NOVOLIN 70/30 U-100		OCREVUS.....	59	UNITS/DAY.....	168
INSULIN.....	23	OCTAGAM.....	85	OMNIPOD GO PODS 25	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>octreotide acetate</i>	80	UNITS/DAY.....	168
U-100.....	23	ODEFSEY.....	139	OMNIPOD GO PODS 30	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	23	ODOMZO.....	12	UNITS/DAY.....	168
NOVOLIN N NPH U-100		OFEV.....	60	OMNIPOD GO PODS 40	
INSULIN.....	23	<i>ofloxacin</i>	96	UNITS/DAY.....	168
NOVOLIN R FLEXPEN.....	23	OGIVRI.....	12	<i>ondansetron</i>	28
NOVOLIN R REGULAR		<i>olanzapine</i>	35	<i>ondansetron hcl</i>	28
U100 INSULIN.....	23	<i>olmesartan</i>	46	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	28
NOVOLOG FLEXPEN U-		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		ONTRUZANT.....	12
100 INSULIN.....	24	<i>hcthiaid</i>	46	ONUREG.....	12
NOVOLOG MIX 70-30 U-		<i>olmesartan-</i>		OPDIVO.....	12
100 INSULN.....	24	<i>hydrochlorothiazide</i>	46	OPDUALAG.....	12
NOVOLOG MIX 70-		<i>olopatadine</i>	98, 99	OPSUMIT.....	101
30FLEXPEN U-100.....	24	OLUMIANT.....	85	<i>oralone</i>	65
NOVOLOG PENFILL U-100		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	48	ORENCIA.....	86
INSULIN.....	24	<i>omeprazole</i>	72	ORENCIA (WITH	
NOVOLOG U-100 INSULIN		<i>omeprazole-sodium</i>		MALTOSE).....	85
ASPART.....	24	<i>bicarbonate</i>	72	ORENCIA CLICKJECT.....	85
NOVOTWIST.....	168	OMNIPOD 5 G6 INTRO		ORFADIN.....	193, 194
NOXAFIL.....	134	KIT (GEN 5).....	168	ORGOVYX.....	80

ORILISSA.....	80	PEN NEEDLE, DIABETIC,		PLEGRIDY.....	59
ORKAMBI.....	60, 61	SAFETY.....	172	<i>pnv 29-1</i>	196
ORSERDU.....	12	<i>penicillamine</i>	108	<i>pnv-dha + docusate</i>	196
<i>orsythia</i>	122	<i>penicillin g potassium</i>	114	<i>pnv-omega</i>	196
<i>oseltamivir</i>	142	<i>penicillin g procaine</i>	114	<i>podofilox</i>	69
OSMOLEX ER.....	31	<i>penicillin v potassium</i>	114	<i>polycin</i>	96
OTEZLA.....	86	PENTACEL (PF).....	90	<i>polymyxin b sulfate</i>	110
OTEZLA STARTER.....	86	<i>pentamidine</i>	30	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	96
<i>oxandrolone</i>	76	PENTIPS.....	169, 170	POMALYST.....	12
<i>oxazepam</i>	19	<i>pentoxifylline</i>	191	<i>portia 28</i>	123
<i>oxcarbazepine</i>	127	<i>perindopril erbumine</i>	51	<i>posaconazole</i>	135
OXLUMO.....	100	<i>periogard</i>	65	<i>potassium chloride</i>	188
<i>oxybutynin chloride</i>	75	<i>permethrin</i>	70	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	
<i>oxycodone</i>	105, 106	<i>perphenazine</i>	35	.....	189
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	106	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	132	<i>potassium citrate</i>	189
OXYCONTIN.....	106	PERSERIS.....	36	<i>pr natal 400</i>	196
<i>oxymorphone</i>	106	<i>pfizerpen-g</i>	114	<i>pr natal 400 ec</i>	196
OZEMPIC.....	21	<i>phenelzine</i>	132	<i>pr natal 430</i>	196
<i>pacerone</i>	41	<i>phenobarbital</i>	127, 128	<i>pr natal 430 ec</i>	196
<i>paclitaxel protein-bound</i>	12	<i>phenylephrine hcl</i>	40	PRALUENT PEN.....	48
<i>paliperidone</i>	35	<i>phenytoin</i>	128	<i>pramipexole</i>	31
PALYNZIQ.....	194	<i>phenytoin sodium</i>	128	<i>prasugrel</i>	191
PANRETIN.....	69	<i>phenytoin sodium extended</i>	128	<i>pravastatin</i>	48
<i>pantoprazole</i>	72	<i>philith</i>	122	<i>prazosin</i>	41
<i>paricalcitol</i>	54	PHOSLYRA.....	74	<i>prednicarbate</i>	67
<i>paroex oral rinse</i>	65	PIFELTRO.....	139	<i>prednisolone</i>	79
<i>paromomycin</i>	30	<i>pilocarpine hcl</i>	65, 94	<i>prednisolone acetate</i>	97
<i>paroxetine hcl</i>	132	<i>pimecrolimus</i>	67	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
PAXLOVID.....	142	<i>pimozide</i>	36	.....	79, 97
PEDIARIX (PF).....	90	<i>pimtrea (28)</i>	122	<i>prednisone</i>	79
PEDVAX HIB (PF).....	90	<i>pindolol</i>	42	<i>pregabalin</i>	128
PEGASYS.....	142	<i>pioglitazone</i>	21	PREHEVBRIO (PF).....	90
<i>peg-electrolyte soln</i>	74	<i>pioglitazone-metformin</i>	21	PREMARIN.....	77, 78
PEMAZYRE.....	12	PIP PEN NEEDLE.....	170	PREMPHASE.....	78
<i>pemetrexed</i>	12	<i>piperacillin-tazobactam</i>	114	PREMPRO.....	78
<i>pemetrexed disodium</i>	12	PIQRAY.....	12	<i>prenal true</i>	196
PEN NEEDLE.....	160, 169, 172	<i>pirfenidone</i>	61	<i>prenaissance</i>	196
PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>pirmella</i>	122	<i>prenaissance plus</i>	196
.....	151, 166, 169, 171	<i>piroxicam</i>	103	<i>prenatabs fa</i>	196
		PLASMA-LYTE A.....	188	<i>prenatal 19</i>	196

<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	196	PROGRAF	86	<i>ranolazine</i>	45
<i>prenatal low iron</i>	196	PROLASTIN-C	61	<i>rasagiline</i>	31
<i>prenatal plus</i>	196	PROLENSA	97	RASUVO (PF)	86
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	196	PROLIA	54	RAVICTI	73
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	196	PROMACTA	192	RAYALDEE	54
<i>prenatal-u</i>	196	<i>promethazine</i>	29, 135	<i>reclipsen (28)</i>	123
<i>preplus</i>	196	<i>promethegan</i>	29	RECOMBIVAX HB (PF)	91
<i>pretab</i>	196	<i>propafenone</i>	41	RECTIV	100
PRETOMANID	136	<i>proparacaine</i>	99	RELENZA DISKHALER ...	142
<i>prevalite</i>	48	<i>propranolol</i>	42, 43	RELEUKO	192, 193
PREVENT DROPSAFE		<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	43	RELION NEEDLES	171
PEN NEEDLE	170	<i>propylthiouracil</i>	76	RELION PEN NEEDLES ...	172
<i>previfem</i>	123	PROQUAD (PF)	91	<i>repaglinide</i>	21
PREVYMIS	142	PROSOL 20 %	40	REPATHA PUSHTRONEX ..	49
PREZCOBIX	139	<i>protamine</i>	189	REPATHA SURECLICK	49
PREZISTA	139	<i>protriptyline</i>	132	REPATHA SYRINGE	49
PRIFTIN	136	PULMOZYME	194	RESTASIS	98
PRIMAQUINE	30	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE	98
<i>primidone</i>	128	ALCOHOL PADS	69	RETACRIT	193
PRIORIX (PF)	91	PURE COMFORT PEN		RETEVMO	13
PRIVIGEN	86	NEEDLE	171	RETROVIR	139
PRO COMFORT		PURE COMFORT SAFETY		<i>revonto</i>	194
ALCOHOL PADS	69	PEN NEEDLE	171	REXULTI	36
PRO COMFORT INSULIN		PURIXAN	13	REYATAZ	139
SYRINGE	170	<i>pyrazinamide</i>	136	REZLIDHIA	13
PRO COMFORT PEN		<i>pyridostigmine bromide</i>	100	REZUROCK	86
NEEDLE	170	<i>pyrimethamine</i>	30	RHOPRESSA	94
<i>probenecid</i>	25	QINLOCK	13	RIABNI	13
<i>probenecid-colchicine</i>	25	QUADRACEL (PF)	91	<i>ribavirin</i>	143
<i>procainamide</i>	41	<i>quetiapine</i>	36	RIDAURA	86
PROCALAMINE 3%	40	<i>quinapril</i>	51	<i>rifabutin</i>	136
<i>prochlorperazine</i>	29	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	51	<i>rifampin</i>	136
<i>prochlorperazine edisylate</i>	29	<i>quinidine gluconate</i>	41	<i>rilpivirine</i>	139
<i>prochlorperazine maleate</i>	29	<i>quinidine sulfate</i>	41	<i>riluzole</i>	59
<i>proctosol hc</i>	67	<i>quinine sulfate</i>	30	<i>rimantadine</i>	142
<i>proctozone-hc</i>	67	QULIPTA	26	RINVOQ	86
PRODIGY INSULIN		RABAVERT (PF)	91	<i>risedronate</i>	54
SYRINGE	170, 171	<i>rabeprazole</i>	72	RISPERDAL CONSTA	36
<i>progesterone</i>	81	<i>raloxifene</i>	78	<i>risperidone</i>	36
<i>progesterone micronized</i>	81	<i>ramipril</i>	51	<i>ritonavir</i>	140

RITUXAN HYCELA.....	13	SEMGLEE(INSULIN		SOMAVERT.....	81
<i>rivastigmine</i>	20	GLARGINE-YFGN).....	24	<i>sorafenib</i>	13
<i>rivastigmine tartrate</i>	20	SEMGLEE(INSULIN		<i>sorine</i>	43
<i>rizatriptan</i>	26	GLARG-YFGN)PEN.....	24	<i>sotalol</i>	43
<i>r-natal ob</i>	197	<i>se-natal 19 chewable</i>	197	<i>sotalol af</i>	43
ROCKLATAN.....	94	SEREVENT DISKUS.....	64	SPIRIVA RESPIMAT.....	64
<i>roflumilast</i>	61	SEROSTIM.....	80	SPIRIVA WITH	
<i>ropinirole</i>	31, 32	<i>sertraline</i>	132	HANDIHALER.....	64
<i>rosadan</i>	70	<i>setlakin</i>	123	<i>spironolactone</i>	50
<i>rosuvastatin</i>	49	<i>sevelamer carbonate</i>	74	SPRAVATO.....	132
ROTARIX.....	91	<i>sevelamer hcl</i>	74	<i>sprintec (28)</i>	123
ROTATEQ VACCINE.....	91	SEZABY.....	128	SPRITAM.....	128
ROZLYTREK.....	13	<i>sf 5000 plus</i>	65	SPRYCEL.....	13
RUBRACA.....	13	<i>sharobel</i>	123	<i>sps (with sorbitol)</i>	73
<i>rufinamide</i>	128	SHINGRIX (PF).....	92	<i>sronyx</i>	123
RUKOBIA.....	140	SIGNIFOR.....	81	<i>ssd</i>	70
RUXIENCE.....	13	SIKLOS.....	189	<i>stavudine</i>	140
RYBELSUS.....	21	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	101	STELARA.....	87
RYBREVANT.....	13	<i>silver sulfadiazine</i>	70	STERILE PADS.....	173
RYDAPT.....	13	SIMBRINZA.....	94	STIOLTO RESPIMAT.....	64
SAFESNAP INSULIN		<i>simliya (28)</i>	123	STIVARGA.....	14
SYRINGE.....	172	<i>simpeesse</i>	123	STRENSIQ.....	194
SAFETY PEN NEEDLE.....	172	<i>simvastatin</i>	49	<i>streptomycin</i>	108
<i>sajazir</i>	45	<i>sirolimus</i>	86	STRIBILD.....	140
SANTYL.....	69	SIRTURO.....	136	STRIVERDI RESPIMAT.....	64
<i>sapropterin</i>	194	SKY SAFETY PEN		<i>subvenite</i>	128
SAVELLA.....	59	NEEDLE.....	173	<i>sucralfate</i>	72
SCSEMBLIX.....	13	SKYRIZI.....	86, 87	<i>sulfacetamide sodium</i>	96
<i>scopolamine base</i>	29	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	189	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	70
SECUADO.....	36	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	189	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	96
SECURESAFE INSULIN		<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	65	<i>sulfadiazine</i>	114
SYRINGE.....	172	<i>sodium oxybate</i>	55	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SECURESAFE PEN		<i>sodium phenylbutyrate</i>	73	<i>trimethoprim</i>	115
NEEDLE.....	172	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	73	<i>sulfasalazine</i>	53
<i>select-ob</i>	197	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	74	<i>sulindac</i>	103
<i>select-ob (folic acid)</i>	197	SOLQUA 100/33.....	24	<i>sumatriptan</i>	26
<i>selegiline hcl</i>	32	SOLTAMOX.....	13	<i>sumatriptan succinate</i>	27
<i>selenium sulfide</i>	70	SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan-naproxen</i>	27
SELZENTRY.....	140	VIAL (PF).....	79	<i>sunitinib malate</i>	14
		SOMATULINE DEPOT.....	81	SUNLENCA.....	140

SUNOSI.....	55	TALTZ AUTOINJECTOR....	87	<i>testosterone</i>	76
SUPREP BOWEL PREP KIT	74	TALTZ SYRINGE.....	87	<i>testosterone cypionate</i>	76
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	69	TALVEY.....	14	<i>testosterone enanthate</i>	76
SURE COMFORT INS. SYR. U-100.....	173	TALZENNA.....	14	TETANUS,DIPHTHERIA	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE....	173, 174	<i>tamoxifen</i>	14	TOX PED(PF).....	92
SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	173, 174	<i>tamsulosin</i>	75	<i>tetrabenazine</i>	59
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	173	<i>tarina 24 fe</i>	123	<i>tetracycline</i>	115
SURE-FINE PEN NEEDLES.....	174	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	123	THALOMID.....	100
SURE-JECT INSULIN SYRINGE.....	174	<i>taron-c dha</i>	197	<i>theophylline</i>	64
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	69	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	197	THINPRO INSULIN SYRINGE.....	176, 177
SUTAB.....	74	TASCENSO ODT.....	59	<i>thioridazine</i>	37
<i>syeda</i>	123	TASIGNA.....	14	<i>thiothixene</i>	37
SYMBICORT.....	63	<i>tasimelteon</i>	55	<i>tiadylt er</i>	44
SYMDEKO.....	61	<i>tazarotene</i>	70	<i>tiagabine</i>	129
SYMLINPEN 120.....	22	TAZORAC.....	70	TIBSOVO.....	14
SYMLINPEN 60.....	22	<i>taztia xt</i>	44	TICE BCG.....	14
SYMPAZAN.....	128	TAZVERIK.....	14	TICOVAC.....	92
SYMTUZA.....	140	TDVAX.....	92	<i>tigecycline</i>	115
SYNAREL.....	81	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	175	<i>timolol maleate</i>	43, 94
SYNJARDY.....	22	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT).....	175	<i>tiopronin</i>	75
SYNJARDY XR.....	22	TECHLITE PEN NEEDLE	175, 176	TIVDAK.....	15
SYNRIBO.....	14	TECVAYLI.....	14	TIVICAY.....	140
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY.....	172	TEFLARO.....	112	TIVICAY PD.....	140
TABLOID.....	14	<i>telmisartan</i>	46	<i>tizanidine</i>	195
TABRECTA.....	14	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	46	<i>tobramycin</i>	96, 108
<i>tacrolimus</i>	67, 87	<i>temazepam</i>	19	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	108
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	101	TEMIXYS.....	140	<i>tobramycin sulfate</i>	108
TAFINLAR.....	14	TENIVAC (PF).....	92	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	96
TAGRISSO.....	14	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	140	<i>tolterodine</i>	75
TAKHZYRO.....	100	TEPMETKO.....	14	TOPCARE CLICKFINE.....	177
		<i>terazosin</i>	75	TOPCARE ULTRA COMFORT.....	177
		<i>terbinafine hcl</i>	135	<i>topiramate</i>	129
		<i>terbutaline</i>	64	<i>toposar</i>	15
		<i>terconazole</i>	108	<i>toremifene</i>	15
		<i>teriflunomide</i>	59	<i>torseamide</i>	50
		TERUMO INSULIN SYRINGE.....	176	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	24

TOUJEO SOLOSTAR U-300	<i>tri-nymyo</i>	124	TYSABRI.....	87
INSULIN.....	<i>tri-previfem (28)</i>	124	UBRELVY.....	27
TRACLEER.....	<i>tri-sprintec (28)</i>	124	UDENYCA.....	193
TRADJENTA.....	TRIUMEQ.....	140	UDENYCA	
<i>tramadol</i>	TRIUMEQ PD.....	140	AUTOINJECTOR.....	193
<i>tramadol-acetaminophen</i>	<i>triveen-duo dha</i>	197	ULTICARE.....	180, 181
<i>trandolapril</i>	<i>trivora (28)</i>	124	ULTICARE INSULIN	
<i>trandolapril-verapamil</i>	<i>tri-vylibra</i>	124	SYRINGE.....	180
<i>tranexamic acid</i>	<i>tri-vylibra lo</i>	124	ULTICARE INSULN	
<i>tranylcypromine</i>	TRIZIVIR.....	140	SYR(HALF UNIT).....	179
TRAVASOL 10 %.....	TROGARZO.....	141	ULTICARE PEN NEEDLE	180
<i>travoprost</i>	TROPHAMINE 10 %.....	40	ULTICARE SAFETY PEN	
TRAZIMERA.....	<i>trosipium</i>	75	NEEDLE.....	180
<i>trazodone</i>	TRUE COMFORT		ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRECATOR.....	ALCOHOL PADS.....	69	INSULIN SYR.....	181
TRELEGY ELLIPTA.....	TRUE COMFORT		ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRELSTAR.....	INSULIN SYRINGE.....	177	PEN NEEDLE.....	181
TREMFYA.....	TRUE COMFORT PEN		ULTILET ALCOHOL	
<i>tretinoin</i>	NEEDLE.....	178	SWAB.....	69
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	TRUE COMFORT PRO		ULTILET INSULIN	
<i>tri femynor</i>	ALCOHOL PADS.....	69	SYRINGE.....	162, 163, 181, 182
<i>triamcinolone acetonide</i> 65, 67, 79	TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET PEN NEEDLE....	182
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 50	SYRINGE.....	177, 178	ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trientine</i>	TRUE COMFORT SAFETY		(HALF UNIT).....	160, 173
<i>tri-estarylla</i>	PEN NEEDLE.....	177	ULTRA COMFORT	
<i>trifluoperazine</i>	TRUEPLUS INSULIN.....	179	INSULIN SYRINGE	
<i>trifluridine</i>	TRUEPLUS PEN NEEDLE		.....	155, 160, 182
<i>trihexyphenidyl</i>.....	.....	178, 179	ULTRA FLO INSUL	
TRIJARDY XR.....	TRULICITY.....	22	SYR(HALF UNIT).....	182
TRIKAFTA.....	TRUMENBA.....	92	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-legest fe</i>	TRUSELTIQ.....	15	SYRINGE.....	183
<i>tri-linyah</i>	TRUXIMA.....	15	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-estarylla</i>	TUKYSA.....	15	.....	182, 183
<i>tri-lo-marzia</i>	<i>tulana</i>	124	ULTRA THIN PEN	
<i>tri-lo-mili</i>	TURALIO.....	15	NEEDLE.....	183
<i>tri-lo-sprintec</i>	TWINRIX (PF).....	92	ULTRACARE INSULIN	
<i>trimethoprim</i>	<i>tyblume</i>	124	SYRINGE.....	183
<i>tri-mili</i>	TYBOST.....	100	ULTRACARE PEN	
<i>trimipramine</i>	TYMLOS.....	54	NEEDLE.....	183, 184
TRINTELLIX.....	TYPHIM VI.....	92		

ULTRA-THIN II (SHORT)	VASCEPA.....	49	<i>vitafol gummies</i>	197
INS SYR.....	VEGZELMA.....	15	<i>vitafol nano</i>	197
ULTRA-THIN II (SHORT)	VELCADE.....	15	<i>vitafol-ob+dha</i>	197
PEN NDL.....	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	124	VITRAKVI.....	16
ULTRA-THIN II INS PEN	VELPHORO.....	74	VIZIMPRO.....	16
NEEDLES.....	VELTASSA.....	73	VOCABRIA.....	141
ULTRA-THIN II INSULIN	VEMLIDY.....	141	<i>volnea (28)</i>	124
SYRINGE.....	VENCLEXTA.....	15	VONJO.....	16
UNIFINE PEN NEEDLE....	VENCLEXTA STARTING		<i>voriconazole</i>	135
UNIFINE PENTIPS	PACK.....	16	VOSEVI.....	141
.....169, 184, 185	<i>venlafaxine</i>	133	VOTRIENT.....	16
UNIFINE PENTIPS	<i>venlafaxine besylate</i>	133	VOWST.....	100
MAXFLOW.....	<i>verapamil</i>	44	<i>vp-ch-pnv</i>	197
UNIFINE PENTIPS PLUS..	VERIFINE INSULIN		<i>vp-pnv-dha</i>	197
UNIFINE PENTIPS PLUS	SYRINGE.....	186, 187	VRAYLAR.....	37
MAXFLOW.....	VERIFINE PEN NEEDLE..	186	VUMERITY.....	60
UNIFINE SAFECONTROL	VERIFINE PLUS PEN		<i>vyfemla (28)</i>	124
.....185, 186	NEEDLE.....	186, 187	<i>vylibra</i>	124
UNIFINE ULTRA PEN	VERSACLOZ.....	37	<i>warfarin</i>	191
NEEDLE.....	VERSALON.....	187	WEBCOL.....	69
UPTRAVI.....	VERZENIO.....	16	WELIREG.....	16
<i>ursodiol</i>	<i>vestura (28)</i>	124	<i>wera (28)</i>	124
UZEDY.....	V-GO 20.....	187	XALKORI.....	16
<i>valacyclovir</i>	V-GO 30.....	187	XARELTO.....	191
VALCHLOR.....	V-GO 40.....	187	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valganciclovir</i>	VICTOZA.....	22	30D START.....	191
<i>valproate sodium</i>	<i>vienva</i>	124	XATMEP.....	16
<i>valproic acid</i>	<i>vigabatrin</i>	129	XCOPRI.....	129
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	<i>vigadrone</i>	129	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>valsartan</i>	VIIBRYD.....	133	PACK.....	129
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	<i>vilazodone</i>	133	XCOPRI TITRATION	
VALTOCO.....	<i>vinate care</i>	197	PACK.....	130
<i>vancomycin</i>	<i>vinorelbine</i>	16	XELJANZ.....	87
VANFLYTA.....	<i>viorele (28)</i>	124	XELJANZ XR.....	87
VANISHPOINT INSULIN	VIRACEPT.....	141	XERMELO.....	74
SYRINGE.....	VIREAD.....	141	XGEVA.....	54
VANISHPOINT SYRINGE..	<i>virt-c dha</i>	197	XHANCE.....	98
VAQTA (PF).....	<i>virt-nate dha</i>	197	XIFAXAN.....	110
<i>varenicline</i>	<i>virt-pn dha</i>	197	XIGDUO XR.....	22
VARIVAX (PF).....	<i>virt-pn plus</i>	197	XIIDRA.....	98

XOFLUZA.....	142	ZONISADE.....	130
XOLAIR.....	61	<i>zonisamide</i>	130
XOSPATA.....	16	<i>zovia 1-35 (28)</i>	125
XPOVIO.....	16	ZTALMY.....	130
XTAMPZA ER.....	106	ZTLIDO.....	107
XTANDI.....	17	<i>zumandimine (28)</i>	125
<i>xulane</i>	124	ZYDELIG.....	17
XULTOPHY 100/3.6.....	25	ZYKADIA.....	17
XYOSTED.....	76	ZYLET.....	96
XYREM.....	55	ZYNLONTA.....	17
YERVOY.....	17	ZYNYZ.....	17
YF-VAX (PF).....	93	ZYPREXA RELPREVV.....	38
YONSA.....	17		
<i>yuvafem</i>	78		
<i>zafemy</i>	125		
<i>zafirlukast</i>	63		
<i>zaleplon</i>	55		
<i>zarah</i>	125		
ZARXIO.....	193		
<i>zatean-pn dha</i>	197		
<i>zatean-pn plus</i>	197		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	101		
ZEGALOGUE SYRINGE...	101		
ZEJULA.....	17		
ZELBORAF.....	17		
<i>zenatane</i>	69		
ZENPEP.....	194		
<i>zidovudine</i>	141		
<i>zingiber</i>	197		
<i>ziprasidone hcl</i>	37		
<i>ziprasidone mesylate</i>	37		
ZIRABEV.....	17		
ZIRGAN.....	96		
ZOLADEX.....	17		
<i>zoledronic acid</i>	54		
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	54		
ZOLINZA.....	17		
<i>zolmitriptan</i>	27		
<i>zolpidem</i>	55		

Este formulario se actualizó el 25 de octubre de 2023. Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Farmacia de PHP al (888) 436-5018. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), 24 horas al día, siete días a la semana o visite www.php-ca.org/for-members/espanol.