

Prominence Dual (HMO D-SNP)

# PROMINENCE HEALTH PLAN<sup>®</sup>

## 2024 Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)

**IMPORTANTE:**

*Este documento contiene información sobre los medicamentos que cubrimos en este plan. ID de envío de archivo de formulario aprobado por HPMS: 24536, número de versión 13*

Este formulario se actualizó el 03/19/2024. Para obtener información más reciente o realizar alguna consulta, comuníquese con Service para los miembros de Prominence Health Plan al **833-775-MEDS (6337)** o al **711** (para usuarios de TTY), de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. desde el 1 de abril al 30 de septiembre, o visite **ProminenceMedicare.com**.

Se pueden producir cambios en nuestra red de farmacias durante el año de beneficios. En nuestro sitio web **ProminenceMedicare.com** se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. Para obtener información actualizada sobre los proveedores, también puede llamar a Servicios para los miembros.

# Prominence Health Plan

## Formulario de 2024

### LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID de presentación del archivo del formulario aprobado por HPMS, 24536, versión 13

Este formulario se actualizó el 03/19/2024. Si desea información más reciente o tiene otras preguntas, comuníquese con El Servicio para Afiliados del Prominence Health Plan al 833-775-MEDS (6337) o, para usuarios de TTY, 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre o visite ProminenceMedicare.com.

**Nota para los afiliados** existentes: Este formulario ha cambiado con respecto al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (formulario) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Prominence Health Plan. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", se refiere a Prominence en los planes de Medicare Advantage.

Este documento incluye la lista de medicamentos (formulario) de nuestro plan, que está actualizada al 03/19/2024. Si desea obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2024 y de vez en cuando durante el año.

### ¿Qué es el Formulario del Prominence Health Plan?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Prominence Health Plan en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representan las terapias con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, el Prominence Health Plan cubrirá los medicamentos enumerados en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, que la receta se surta en una farmacia de la red de Prominence y que se cumplan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por Prominence Health Plan, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

El 1 de enero se producen la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos, que los traslademos a diferentes niveles de costos compartidos o que agreguemos nuevas restricciones durante el transcurso del año. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

**Cambios que pueden afectarle este año:** En los siguientes casos, se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero se lo trasladará de inmediato a un nivel diferente de costos compartidos o se agregarán nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el cambio específico realizado.
  - Si hacemos dicho cambio, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health Plan?"

**Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) considera que un medicamento incluido en nuestro formulario es peligroso o su fabricante lo retira del mercado, retiraremos dicho medicamento de nuestro formulario de inmediato y proporcionaremos un aviso a los afiliados que lo toman.

- **Otros cambios.** Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico, que no es nuevo en el mercado, para reemplazar uno de marca que actualmente está incluido en el formulario, agregar nuevas restricciones a dicho medicamento, trasladarlo a un nivel diferente de costos compartidos o podemos hacer ambas cosas. O es posible que realicemos cambios basados en nuevas directrices clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario, agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado en un medicamento o trasladamos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, debemos notificar el cambio a los afiliados afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o en el momento que el afiliado solicite un nuevo surtido del medicamento, en ese entonces el afiliado recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico tratante pueden solicitar que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health Plan?"

**Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario 2024 que estaba cubierto a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2024, excepto en las condiciones descritas anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles durante el resto del año de cobertura, bajo la misma categoría de costos compartidos y sin nuevas restricciones, para aquellos afiliados que los toman. Este año no recibirá ninguna notificación directa sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado a partir del 03/19/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. Si se produce un cambio al formulario a mediados del año que no sea de mantenimiento, actualizaremos los formularios impresos con una hoja de erratas.

## ¿Cómo uso este formulario?

Existen dos formas de encontrar su medicamento en el formulario:

### **Afección médica**

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos de este formulario se agrupan por categorías dependiendo del tipo de afecciones para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se encuentran en la categoría, fármacos cardiovasculares. Si sabe cuál es el uso de su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en 1. Después busque el nombre del medicamento en esta categoría.

### **Lista por orden alfabético**

Si no está seguro en qué categoría debe buscar, busque 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. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en este índice. Busque en el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de la página donde encontrará información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y busque el nombre del medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Prominence Health Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener límites o requisitos adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites incluyen:

- **Autorización previa** Prominence Health Plan requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Prominence Health Plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Prominence Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, el Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Prominence Health Plan proporciona 60 comprimidos para Eliquis por receta. Esto puede ocurrir en adición a un suministro estándar para uno o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Prominence Health Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el Prominence Health Plan no cubra el medicamento B a menos que haya intentado el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, Prominence Health Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si el medicamento tiene límites o requisitos adicionales, consulte el formulario que comienza en la página 3. También puede visitar nuestro sitio web si desea obtener más información relacionada con las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos. Hemos publicado en línea los documentos donde se explican las restricciones aplicables a la autorización previa y al tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Puede solicitarle a Prominence Health Plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o para obtener una lista de otros medicamentos similares que pueden tratar su afección de salud. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción al formulario del Prominence Health Plan?" en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

Si el medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para Afiliados y preguntar si el medicamento está cubierto. Para obtener más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Si se entera de que Prominence Health Plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitarle a Servicios para Afiliados una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Prominence Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Prominence Health Plan.
- Puede solicitarle a Prominence Health Plan que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte la información que aparece a continuación acerca de cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción al Formulario del Prominence Health Plan?

Puede solicitarle al Prominence Health Plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos,

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento, incluso si este no se encuentra incluido en nuestro formulario. De ser aprobado, este medicamento se cubrirá a un nivel de costos compartidos predeterminado y usted no podría solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel más bajo de costos compartidos, a menos que dicho medicamento se encuentre en el nivel de especialidad. De ser aprobado, esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que eximamos las restricciones de la cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que eximamos dicho límite y cubramos una mayor cantidad.

Por lo general, Prominence Health Plan solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, los medicamentos de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no serían tan eficaces para tratar su afección y/o provocaran que usted tenga efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros y solicitarnos una decisión de cobertura inicial para un formulario o una excepción de restricción de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, nivel o restricción de uso, deberá enviar un informe de la persona que emita la receta o del médico**

**que respalde dicha solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de 72 horas posteriores a la obtención de la documentación de respaldo por parte de la persona que receta. Puede solicitar una excepción expedita (rápida) si usted o el médico consideran que su salud podría verse gravemente afectada si espera hasta 72 horas por la decisión. En caso de que se otorgue la solicitud expedita, debemos proporcionarle la decisión a más tardar 24 horas posteriores a la obtención de la documentación de respaldo por parte del médico u otra persona que emita recetas.

## **¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cómo cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como afiliado nuevo o con continuidad en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no se encuentran incluidos en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si se cambia a un medicamento adecuado cubierto por nosotros o para solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras conversa con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no figure en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. En caso de que la receta indique menos días, le permitiremos el surtido para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Después de recibir el primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero ha superado los primeros 90 días de afiliación a nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento, mientras solicita una excepción al formulario.

A los afiliados que tengan cambios en su nivel de atención (entorno) se les permitirá hasta un suministro único de transición de 31 días por medicamento. Por ejemplo, afiliados que:

- Ingresan a los centros de atención a largo plazo (LTC) de hospitales, en ocasiones, vienen acompañados de una lista de alta de los medicamentos del formulario del hospital, con una planificación a muy corto plazo tomada en cuenta, por lo general, por menos de 8 horas.
- Son dados de alta de un hospital a un hogar.
- Finalizan la estadía en el centro de enfermería especializada de Medicare Parte A, donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia, y que deban volver a su formulario del plan de la Parte D.

- Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y regresar a la comunidad. Si un afiliado tiene más de un cambio en el nivel de atención en un mes, la farmacia deberá llamarnos para solicitar una extensión de la política de transición.

Para obtener información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Prominence Health Plan, revise su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Prominence Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en la que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

## Formulario de Prominence Health Plan

El siguiente formulario, que comienza en la siguiente página, proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

En la primera columna de la tabla se muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos en letras mayúsculas (por ejemplo, COUMADIN) y los genéricos se encuentran en minúsculas, por ejemplo, *warfarina*.

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Prominence Health Plan cuenta con requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

- **PA BvD: Restricción de autorización previa para la Determinación de la Parte B frente a la Parte D.** Este medicamento con receta tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B frente a la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que deba enviarse información que describe el uso y los parámetros de uso del medicamento para tomar una decisión.
- **QL: Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Prominence Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Por ejemplo, Prominence Health Plan proporciona doce comprimidos por receta para Sumatriptan Succinate. Esto puede ser adicional al suministro estándar de un mes o tres meses.
- **ST: Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Prominence Health Plan requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica es posible que no cubramos el medicamento B a menos que haya intentado el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, cubriremos el medicamento B.



- **PA: Autorización previa** Prominence Health Plan requiere que usted o su médico reciban autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene una aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
- **PA NSO: restricción de autorización previa solo para inicios nuevos:** Si no hay pruebas de que haya tomado este medicamento con anterioridad, usted, o el médico, deben obtener autorización previa del plan antes de surtir la receta de este medicamento. Sin aprobación previa, nuestro plan puede no cubrir este medicamento.
- **NDS: Suministro para días no prolongados:** Los medicamentos que no se encuentran disponibles para un suministro prolongado de días (por ejemplo, suministros para más de un mes), se anotan con "NDS" en la columna Requisitos/Límites del Formulario
- **GC: Período sin cobertura** Proporcionamos la cobertura de este medicamento con receta durante el período sin cobertura, si su plan le proporciona cobertura durante las brechas. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.
- **LA: Disponibilidad limitada:** Es posible que esta receta solo esté disponible en ciertas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para Afiliados al 1-844-587-7389, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- **EX; CB: Beneficio limitado de la Parte D excluido:** Medicamentos cubiertos por el plan que están excluidos por la ley de Medicare que están cubiertos por su plan como medicamento complementario o de bonificación, pero que no cuentan para la TrOOP.
- **NM: No disponible para envío por correo:** Por lo general, estas son medicamentos que deben ordenarse de una farmacia especializada que figuran en la lista de medicamentos TIER 5 y están restringidos a un suministro de 30 días.
- **TrOOP** = Verdadero desembolso directo. Este es el monto que el miembro ha pagado por sus medicamentos durante el año calendario.
- **TDS** = Gasto Total en Medicamentos. Este es el monto que el plan de salud Y el miembro han pagado por los medicamentos durante el año calendario.

## Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer .....	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias .....	15
Agentes Antiansiedad .....	16
Agentes Antidemencia .....	16
Agentes Antidiabetico .....	17
Agentes Antigota .....	22
Agentes Antimigraña .....	23
Agentes Antinausea .....	24
Agentes Antiparasitarios .....	25
Agentes Antiparkinson .....	26
Agentes Antipsicóticos .....	28
Agentes Calóricos .....	33
Agentes Cardiovasculares .....	35
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....	44
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica .....	45
Agentes De Trastorno De Sueño .....	46
Agentes Del Sistema Nervioso Central .....	47
Agentes Del Tracto Respiratorio .....	51
Agentes Dentales Y Orales .....	56
Agentes Dermatológicos .....	56
Agentes Gastrointestinales .....	62
Agentes Genitourinarios .....	65
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....	66
Agentes Inmunológicos .....	71
Agentes Oftálmicos .....	82
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....	83
Agentes Terapeuticos Misceláneos .....	88
Agentes Vasodilatadores .....	89
Analgésicos .....	90
Anestésicos .....	94
Antagonistas De Metales Pesados .....	95
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) .....	95
Antibacterianos .....	96
Anticonceptivos .....	103
Anticonvulsivos .....	112
Antidepresivos .....	117

Antifúngicos.....	120
Antihistamínicos.....	121
Antimicobacteriales.....	122
Antivirales (Sitémico).....	122
Dispositivos.....	128
Preparaciones De Reemplazo.....	173
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	175
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	179
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	180

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	4	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1%</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAELYX INTRAVENOUS SUSPENSION 2 MG/ML (doxorubicin, peg-liposomal)	5	NM; NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	4	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG, 60 MG	5	PA NSO; NM; NDS; 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)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	4	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA NSO
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (lomustine) 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	3	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	3	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG (gefitinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	5	NM; NDS
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	5	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 21 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG (lenalidomide)	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (28 per 28 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	4	QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	4	QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	4	QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	3	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 (pazopanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG, 20 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	3	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	5	NM; NDS; QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	3	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION (naloxone)	3	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (1008 per 90 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	QL (336 per 365 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiazepinas</b>		
<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>	4	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	4	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	4	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	2	
<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>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<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>	2	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	4	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	4	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 5 mg</i> (Namenda)	2	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	4	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG (mifepristone)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	6	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	6	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	6	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	3	PA; QL (6 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	6	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; ST; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; ST; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	ST; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	3	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 metformin) MG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	3	
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 (insulin glargine) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN (insulin glargine) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart u-100)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	2	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	2	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	2	QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TOUJEO MAX U-300 (insulin glargine u-300 conc) SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 (insulin glargine u-300 conc) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	6	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>	6	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>	6	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 (Glynase) mg, 3 mg, 6 mg</i>	6	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	6	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	6	
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)</i>	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg (Colcris)</i>	4	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)</i>	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
MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine) 0.6 MG	2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	QL (12 per 30 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	2	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	2	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	4	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	4	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	4	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	4	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	4	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	4	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	
<i>meclizine oral tablet 50 mg</i> (Antivert)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	4	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	4	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	4	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Meproon)	3	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	4	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	4	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	

Puede encontrar información sobre qué significan 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	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	4	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	3	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	4	PA; QL (42 per 7 days)
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 75) <i>tablet 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 100) <i>tablet 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 125) <i>tablet 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 150) <i>tablet 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 200) <i>tablet 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	3	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	3	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	4	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	4	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	4	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	2	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i> (Clozaril)	2	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i> (Clozaril)	3	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg</i> (Clozaril)	3	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 50 mg</i> (Clozaril)	2	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	3	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml (1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>haloperidol lactate oral concentrate</i> <i>2 mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg,</i> <i>10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10</i> <i>mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Latuda)	2	QL (30 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	3	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	4	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel)	2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML (risperidone microspheres)	4	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml, 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	4	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Risperdal)	2	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i> (Risperdal)	2	QL (120 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML, 125 MG/0.35 ML, 150 MG/0.42 ML, 200 MG/0.56 ML, 250 MG/0.7 ML, 50 MG/0.14 ML, 75 MG/0.21 ML	5	ST; NM; NDS
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	3	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	2	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<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)	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	4	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	4	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	4	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	4	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i> (Pacerone)	4	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	3	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	4	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	4	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	4	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	4	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	2	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	2	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	4	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	PA
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	4	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	6	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	6	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	6	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	6	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	6	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	6	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	6	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	6	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	6	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvase)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	6	

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amlodipine-benazepril oral capsule</i> 2.5-10 mg, 5-40 mg	6	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet</i> 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg (Exforge)	6	
<i>nicardipine oral capsule</i> 20 mg, 30 mg	4	
<i>nifedipine oral capsule</i> 10 mg, 20 mg	4	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine-aspartame)	2	
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	3	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	2	
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram (Colestid)	3	
<i>colestipol oral tablet</i> 1 gram (Colestid)	2	
<i>ezetimibe oral tablet</i> 10 mg (Zetia)	2	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 134 mg, 200 mg, 67 mg	4	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	2	
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg, 54 mg	2	
<i>gemfibrozil oral tablet</i> 600 mg (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule</i> 0.5 gram (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (45 per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	3	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 750 mg</i>	4	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	6	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	6	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	6	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
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<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	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>torse mide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	
<i>torse mide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	
<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	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	6	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	6	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	6	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	6	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	6	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	6	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	6	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	6	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	6	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	6	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	6	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	6	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	4	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	4	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	4	ST
<b>Vasodilatadores</b>		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG (isosorbide-hydralazine)	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (Nitro-Dur)	2	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	3	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	4	
<i>mesalamine oral capsule (with delayed tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION (budesonide)	3	
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral tablet 10 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/actuation</i>	2	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	4	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg</i> (Sensipar)	3	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg</i> (Sensipar)	4	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	4	QL (120 per 30 days)
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	5	PA; NM; NDS; QL (2.34 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	2	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	4	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	4	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	4	
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	4	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; QL (60 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	3	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	3	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG, 24 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	NM; NDS; QL (42 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	4	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zenzedi)	4	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Zenzedi)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	4	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 120 mg</i> (Tecfidera)	4	PA; QL (14 per 7 days)
<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)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG (fingolimod)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	QL (30 per 30 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NM; NDS
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	4	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	QL (60 per 30 days)
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 140 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 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)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	(fluticasone propion-salmeterol) 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol) 3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol) 3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 3	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort) 3	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate) 3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	3	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	3	QL (12 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	3	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION (fluticasone propionate)	3	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION (budesonide-formoterol)	3	QL (30.6 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	4	
<b>Broncodilatadores</b>		
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Proventil HFA)	2	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	2	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	2	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/3 ml (0.083 %)</i>	2	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	2	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg (2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	3	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 % (triamcinolone acetonide)	2	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	QL (120 per 30 days)
<b>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</b>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	4	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	4	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetone topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetone topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetone topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	
<i>triamcinolone acetone topical ointment 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetone topical ointment 0.1 %, 0.5 %</i>	2	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (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	4	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 %	5	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	2	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	4	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (MetroCream)	4	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	4	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	4	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	4	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	4	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	4	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	4	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	2	QL (60 per 30 days)
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	
<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> (Acid Reducer (lansoprazole))	4	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	4	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole 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)	2	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	4	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	4	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NM; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	4	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	4	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	3	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln</i> (GaviLyte-G) 236-22.74-6.74 -5.86 gram	2	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln</i> 420 gram	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT (sodium,potassium,ma ORAL RECON SOLN 17.5-3.13- 1.6 GRAM g sulfates)	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479- 0.188- 0.225 GRAM	3	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended</i> (Uroxatral) <i>release 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	
<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,</i> <i>2 mg, 5 mg</i>	1	
THIOLA EC ORAL (tiopronin) TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	5	PA; NM; NDS
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NM; NDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10</i> <i>mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	4	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5</i> <i>mg/5 ml</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5</i> <i>mg, 5 mg</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i> <i>extended release 24hr 10 mg, 15 mg,</i> <i>5 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	4	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<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	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	3	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i> (Oxandrin)	2	
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i> (Oxandrin)	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo)	3	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i> (AndroGel)	2	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (300 per 30 days)

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375</i> <i>mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075</i> <i>mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol- norethindrone acet)	2	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral</i> (Fyavolv) <i>tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	2	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG- 5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3- 1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5</i> <i>mg/5 ml</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg,</i> <i>0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg,</i> <i>6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 (deflazacort) MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 (deflazacort) MG, 36 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20</i> (Cortef) <i>mg, 5 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylprednisolone acetate injection (Depo-Medrol) suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg (Medrol)</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg (Medrol (Pak))</i>	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone oral tablet 5 mg (Millipred)</i>	2	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) (Pediapred)</i>	3	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	
<b>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML</b>	4	
<i>triamcinolone acetonide injection (Kenalog) suspension 40 mg/ml</i>	2	
<b>Pituitario</b>		
<b>ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML</b>	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<b>CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML</b>	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (PED)	5	NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	3	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	3	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	NM; NDS
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	4	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	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>	2	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	3	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	3	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S- (adalimumab-adbm) UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg</i>	4	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	3	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) 250 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) 500 mg	2	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (drlec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	2	PA BvD
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	4	PA BvD
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 5 mg</i> (Prograf)	3	PA BvD
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	3	(tetanus-diphtheria toxoids-td)
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	3	(typhoid vi polysacch vaccine)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (brimonidine) (EYE) DROPS 0.1 %	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> (Alphagan P) 0.1 %	2	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 %	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic</i> (Combigan) <i>(eye) drops 0.2-0.5 %</i>	3	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye)</i> (Azopt) <i>drops,suspension 1 %</i>	2	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1</i> <i>%</i>	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (brimonidine-timolol) (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> 2 %	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	4	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	4	QL (2.5 per 25 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	4	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	3	QL (7.5 per 7 days)

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> (Ocuflor) 0.3 %	2	
<i>ofloxacin otic (ear) drops</i> 0.3 %	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops</i> 10,000 unit- 1 mg/ml	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i> 10 %	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment</i> 10 %	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops</i> 10 %-0.23 % (0.25 %)	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 %	2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.3-0.1 %	2	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	3	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5	PA NSO; NM; NDS
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
ALREX OPTHALMIC (EYE) (loteprednol etabonate) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	3	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (Prolensa) 0.07 %	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (BromSite) 0.075 %	2	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	2	
BROMSITE OPTHALMIC (bromfenac) (EYE) DROPS 0.075 %	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	2	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	3	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	2	QL (50 per 25 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/lactuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	2	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	2	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/lactuation</i> (Nasonex 24hr Allergy)	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROLENSA OPHTHALMIC (bromfenac) (EYE) DROPS 0.07 %	3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (cyclosporine) (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	3	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	4	
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	2	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Cyclogyl)	2	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch- Redness Rlf)	2	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	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
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NM; NDS
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	NM; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	
<i>dichlorphenamide oral tablet 50 mg</i> (Keveyis)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> (Vistaril) 25 mg	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	1	
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG (dichlorphenamide)	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	
<i>leucovorin calcium oral tablet 25 mg</i>	3	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	
<i>levocarnitine intravenous solution 200 mg/ml</i> (Carnitor)	6	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	4	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W) (nitroglycerin)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	3	PA NSO; QL (30 per 30 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	3	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	1	EX; QL (6 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	3	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	QL (150 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	4	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	4	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	4	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	
<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)	2	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	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>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	4	QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	3	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr</i>	3	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr</i>	2	NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	2	NDS; QL (150 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	NDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	NDS; QL (240 per 30 days)
<b>OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</b> (oxycodone)	3	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	NDS; QL (300 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	4	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	4	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg</i> (Exjade)	4	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i> (Cuprimine)	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>trientine oral capsule 500 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	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
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	2	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	4	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<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>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	PA BvD; NM; NDS
DAPTOMYCIN IN 0.9 % SOD CHLOR INTRAVENOUS PIGGYBACK 1,000 MG/100 ML, 700 MG/100 ML	5	NM; NDS
<i>daptomycin in 0.9 % sod chlor intravenous piggyback 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml</i>	5	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NM; NDS
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML (vancomycin)	4	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	3	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i> (Macrochantin)	4	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	4	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	4	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	4	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram</i> (Azactam)	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	3	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	4	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	4	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram</i>	2	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<b>TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG</b>	5	NM; NDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	4	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	4	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<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>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	3	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	5	NM; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	2	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	4	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	4	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram</i>	3	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 40.5 gram</i>	4	
<b>Quinolonas</b>		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	2	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	4	
<i>moxifloxacin-sod. chloride (iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
<i>sulfatrim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (sulfamethoxazole-trimethoprim)	4	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	3	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	2	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tetracycline oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NM; NDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	2	

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



<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>camrese oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/175 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/175 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	

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

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

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

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

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol- e.estrad)	2	QL (91 per 84 days)
<b>SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG</b>		4	QL (1 per 365 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	
<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)	2	
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.11.125/1.15-25 mg-mcg</i>	2	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol)	4	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol)	4	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>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	
<b>Anticonvulsivos</b>			
<b>Anticonvulsivos</b>			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	4	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	4	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>		2	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	(methsuximide)	4	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	4	PA NSO; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Onfi)	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	4	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	4	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	4	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	3	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 150 MG, 200 MG	3	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	4	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG	4	ST
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 600 MG	5	ST; NM; NDS
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	4	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	4	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	6	
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1- 150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	4	ST
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	4	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	4	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	4	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<b>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<b>VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG</b> (vilazodone)	3	QL (30 per 30 days)
<b>VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)</b>	3	
<b>ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG</b>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 365 days)
<b>ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG</b>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 365 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG (amphotericin b liposome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	5	NM; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	3	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	4	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	PA BvD
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	4	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (posaconazole) 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	QL (60 per 30 days)
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	3	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	
<i>diphenhydramine 50 mg/ml vial outer</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	
<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>	2	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
<b>Antivirales (Sitémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	4	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; NDS
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NM; NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	2	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	4	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	4	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelece)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	3	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG, 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	4	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	4	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	3	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	4	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	4	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (darunavir)	5	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	4	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NM; NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG	4	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	4	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	3	
XOFLUZA ORAL TABLET 40 MG	4	QL (4 per 180 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	NM; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	3	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	4	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE (insulin syringe needleless)	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	2	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G (pen needle, diabetic) X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety) 2	

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
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"	2	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	2	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 (insulin syringe-needle ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	
EASY COMFORT SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
EASY GLIDE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	
EASY GLIDE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

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

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



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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EMBRACE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
EQL INSULIN 0.3 ML (Ultra Comfort Insulin SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 Syringe) ML 30	2	
EQL INSULIN 0.5 ML (Ultra Comfort Insulin SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 Syringe) ML 30 GAUGE	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE (Ultra Comfort Insulin SHORT NEEDLE 1 ML 30 Syringe) GAUGE X 7/16"	2	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G- (insulin syringe-needle 1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" (Advocate Syringes) SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
FIFTY50 INS SYR 1 ML (Advocate Syringes) 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	2	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" (pen needle, diabetic) NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	2	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 (Ultra Comfort Insulin ML 28 GAUGE Syringe)	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
FREESTYLE PREC 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	2	

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

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2" (pen needle, diabetic)	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	

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

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

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



<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM (Embrace Pen Needle) OUTER 30 GAUGE X 3/16"	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM (CareFine Pen Needle) INNER 30 GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Pentips Plus)	2	
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		2	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle)	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Utileit Insulin Syringe) 1/2 ML 29	2	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	
RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G (Comfort EZ PRO 4MM 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	2	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	2	
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	

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

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

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



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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin Syringe) ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	2	
TERUMO INS SYRINGE U100- (insulin syringe-needle 1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	2	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 0.3 ML 30 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", u-100) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 u-100) ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	
ULTICARE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTICARE SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 2	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i> (Plasma-Lyte 148)	2	
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 particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4%), 40 gram/1,000 ml (4%)</i>	2	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4%), 4 gram/100 ml (4%), 4 gram/50 ml (8%)</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50%)</i>	2	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50%)</i>	2	PA BvD
PLASMA-LYTE 148 (electrolyte-148) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	4	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	2	
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 5 MG (4-WEEK PACK), 50 MG	5	PA; NM; NDS
PYRUKYND ORAL TABLETS,DOSE PACK 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7)	5	PA; NM; NDS
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Anticoagulantes</b>		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) <i>120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	3	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30</i> (Lovenox) <i>mg/0.3 ml</i>	3	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40</i> (Lovenox) <i>mg/0.4 ml</i>	3	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60</i> (Lovenox) <i>mg/0.6 ml</i>	3	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>10 mg/0.8 ml</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>2.5 mg/0.5 ml</i>	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>5 mg/0.4 ml</i>	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) <i>7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution</i> <i>1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml,</i> <i>20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (warfarin) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 mg</i>	1	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2</i> (Jantoven) <i>mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg,</i> <i>7.5 mg</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	4	QL (30 per 30 days)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NM; NDS
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (7 per 7 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 (nitisinone) MG	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	
<i>methocarbamol oral tablet 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	

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.....	128	AJOVY AUTOINJECTOR....	23	<i>amlodipine</i> .....	39
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	128, 129	AJOVY SYRINGE.....	23	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	39, 40
<i>abacavir</i> .....	122	AKEEGA.....	3	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	40
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	122	AKYNZEO (NETUPITANT).....	24	<i>ammonium lactate</i> .....	59
ABELCET.....	120	<i>ala-cort</i> .....	56	<i>amoxapine</i> .....	117
<i>abiraterone</i> .....	3	<i>albendazole</i> .....	25	<i>amoxicillin</i> .....	100
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	129	<i>albuterol sulfate</i> .....	54	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	100
ABRYSVO.....	77	<i>alclometasone</i> .....	56	<i>amphotericin b</i> .....	120
<i>acamprosate</i> .....	15	ALCOHOL PADS.....	59	<i>ampicillin</i> .....	100
<i>acarbose</i> .....	17	ALCOHOL PREP PADS.....	60	<i>ampicillin sodium</i> .....	100
<i>accutane</i> .....	59	ALCOHOL PREP SWABS....	59	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	101
<i>acebutolol</i> .....	36	ALCOHOL SWABS.....	59	<i>anagrelide</i> .....	175
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	92	ALCOHOL WIPES.....	60	<i>anastrozole</i> .....	3
<i>acetazolamide</i> .....	82	ALECENSA.....	3	ANORO ELLIPTA.....	55
<i>acetic acid</i> .....	83	<i>alendronate</i> .....	45	<i>apomorphine</i> .....	26
<i>acetylcysteine</i> .....	51	<i>alfuzosin</i> .....	65	<i>apraclonidine</i> .....	87
<i>acitretin</i> .....	59	<i>aliskiren</i> .....	44	<i>aprepitant</i> .....	24
ACTHAR.....	69	<i>allopurinol</i> .....	22	<i>apri</i> .....	103
ACTHIB (PF).....	77	<i>alosetron</i> .....	44	APTIOM.....	112
ACTIMMUNE.....	88	ALPHAGAN P.....	82	APTIVUS.....	123
<i>acyclovir</i> .....	59, 128	<i>alprazolam</i> .....	16	AQINJECT PEN NEEDLE.	130
<i>acyclovir sodium</i> .....	128	ALREX.....	85	<i>aranelle (28)</i> .....	103
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	77	<i>altavera (28)</i> .....	103	ARCALYST.....	71
<i>adapalene</i> .....	61	ALTRENO.....	61	AREXVY (PF).....	77
<i>adefovir</i> .....	128	ALUNBRIG.....	3	AREXVY ANTIGEN COMPONENT.....	77
ADEMPAS.....	89	<i>alyacen 1135 (28)</i> .....	103	<i>aripiprazole</i> .....	28
ADVAIR DISKUS.....	53	<i>alyacen 71717 (28)</i> .....	103	ARISTADA.....	28
ADVAIR HFA.....	53	<i>alyq</i> .....	90	ARISTADA INITIO.....	28
ADVOCATE PEN NEEDLE .....	130	<i>amabelz</i> .....	67	<i>armodafinil</i> .....	46
ADVOCATE SYRINGES....	129	<i>amantadine hcl</i> .....	26	ARNUITY ELLIPTA.....	53
<i>afirmelle</i> .....	103	AMBISOME.....	120	<i>asenapine maleate</i> .....	28
AIMOVIG		<i>ambrisentan</i> .....	90	<i>ashlyna</i> .....	104
AUTOINJECTOR.....	23	<i>amethia</i> .....	103	<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	177
		<i>amiloride</i> .....	42	ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	130
		<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	42	ASSURE ID DUO-SHIELD	130
		<i>amiodarone</i> .....	35		
		<i>amitriptyline</i> .....	117		

ASSURE ID INSULIN SAFETY .....	130	BALVERSA .....	3	BENLYSTA .....	71, 72
ASSURE ID PEN NEEDLE	130	<i>balziva</i> (28) .....	104	<i>benztropine</i> .....	26
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	130	BAXDELA .....	101	BESREMI .....	72
<i>atazanavir</i> .....	123	BCG VACCINE, LIVE (PF) ..	77	<i>betaine</i> .....	88
<i>atenolol</i> .....	36	BD ALCOHOL SWABS .....	59	<i>betamethasone dipropionate</i>	56, 57
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	36	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	131	<i>betamethasone valerate</i> .....	57
<i>atomoxetine</i> .....	47	BD ECLIPSE LUER-LOK ..	131	<i>betamethasone, augmented</i> .....	57
<i>atorvastatin</i> .....	40	BD INSULIN SYRINGE .....	131	BETASERON .....	47
<i>atovaquone</i> .....	25	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) .....	131	<i>betaxolol</i> .....	36
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	25	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP .....	131	<i>bethanechol chloride</i> .....	65
<i>atropine</i> .....	87	BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	131	<i>bexarotene</i> .....	3
ATROVENT HFA .....	55	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....	131	BEXSERO .....	77
<i>aubra eq</i> .....	104	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	131	<i>bicalutamide</i> .....	3
AUGTYRO .....	3	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE .....	131, 132	BICILLIN L-A .....	101
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	104	BD SAFETYGLIDE SYRINGE .....	132	BIDIL .....	44
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	104	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....	132	BIKTARVY .....	123
<i>aurovela 24 fe</i> .....	104	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....	132	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	36
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	104	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....	132	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	36
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	104	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE .....	132	<i>blisovi 24 fe</i> .....	104
AUSTEDO .....	47	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....	132	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	104
AUSTEDO XR .....	47	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....	132	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	104
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	47	BD VEO INSULIN SYRINGE UF .....	132, 133	BOOSTRIX TDAP .....	77, 78
AUVELITY .....	117	BELSOMRA .....	46	BORDERED GAUZE .....	133
AVASTIN .....	3	<i>benazepril</i> .....	43	BOSULIF .....	3, 4
<i>aviane</i> .....	104	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	43	BRAFTOVI .....	4
AVONEX .....	47			BREO ELLIPTA .....	53
<i>ayuna</i> .....	104			BREZTRI AEROSPHERE .....	55
AYVAKIT .....	3			<i>briellyn</i> .....	104
<i>azathioprine</i> .....	71			BRILINTA .....	177
<i>azelastine</i> .....	87			<i>brimonidine</i> .....	82
<i>azithromycin</i> .....	99			<i>brimonidine-timolol</i> .....	82
<i>aztreonam</i> .....	97			<i>brinzolamide</i> .....	82
<i>azurette (28)</i> .....	104			BRIVIACT .....	112
<i>bacitracin</i> .....	83			<i>bromfenac</i> .....	85
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	83			<i>bromocriptine</i> .....	26
<i>baclofen</i> .....	180			BROMSITE .....	85
<i>balsalazide</i> .....	44			BRONCHITOL .....	51
				BRUKINSA .....	4
				<i>budesonide</i> .....	45, 53
				<i>bumetanide</i> .....	42

<i>buprenorphine hcl</i> .....	15	<i>caspofungin</i> .....	120	CLENPIQ.....	64
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	15	CAYSTON.....	98	CLICKFINE PEN NEEDLE	
<i>bupropion hcl</i> .....	117	<i>caziant (28)</i> .....	104	.....	134
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ..	15	<i>cefaclor</i> .....	98	<i>clindamycin hcl</i> .....	96
<i>buspiron</i> .....	88	<i>cefadroxil</i> .....	98	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ....	96
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> ..	92	<i>cefazolin</i> .....	98	<i>clindamycin phosphate</i> ..	60, 95, 96
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	92	<i>cefdinir</i> .....	98	CLINIMIX 5%/D15W	
CABENUVA.....	123	<i>cefepime</i> .....	98	SULFITE FREE.....	33
<i>cabergoline</i> .....	26	<i>cefixime</i> .....	98	CLINIMIX 4.25%/D10W	
CABLIVI.....	175	<i>cefoxitin</i> .....	98	SULF FREE.....	33
CABOMETYX.....	4	<i>cefpodoxime</i> .....	98	CLINIMIX 4.25%/D5W	
CAELYX.....	4	<i>cefprozil</i> .....	99	SULFIT FREE.....	33
<i>calcipotriene</i> .....	59	<i>ceftazidime</i> .....	99	CLINIMIX 5%-	
<i>calcitonin (salmon)</i> .....	45	<i>ceftriaxone</i> .....	99	D20W(SULFITE-FREE).....	33
<i>calcitriol</i> .....	45	<i>cefuroxime axetil</i> .....	99	CLINIMIX E 2.75%/D5W	
<i>calcium acetate(phosphat</i>		<i>cefuroxime sodium</i> .....	99	SULF FREE.....	34
<i>bind)</i> .....	64	<i>celecoxib</i> .....	90	CLINIMIX E 4.25%/D10W	
CALQUENCE		CELONTIN.....	112	SUL FREE.....	34
(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>cephalexin</i> .....	99	CLINIMIX E 4.25%/D5W	
<i>camila</i> .....	104	CERDELGA.....	179	SULF FREE.....	34
<i>camrese</i> .....	104	<i>chateal eq (28)</i> .....	104	CLINIMIX E 5%/D15W	
<i>candesartan</i> .....	39	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	16	SULFIT FREE.....	34
CAPLYTA.....	28	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	56	CLINIMIX E 5%/D20W	
CAPRELSA.....	4	<i>chloroquine phosphate</i> .....	25	SULFIT FREE.....	34
<i>captopril</i> .....	43	<i>chlorpromazine</i> .....	28, 29	<i>clobazam</i> .....	112
<i>carbamazepine</i> .....	112	<i>chlorthalidone</i> .....	42	<i>clobetasol</i> .....	57
<i>carbidopa-levodopa</i> .....	26	<i>chlorzoxazone</i> .....	180	<i>clobetasol-emollient</i> .....	57
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cholestyramine (with sugar)</i> ....	40	<i>clomipramine</i> .....	117
<i>entacapone</i> .....	26, 27	<i>cholestyramine light</i> .....	40	<i>clonazepam</i> .....	16
CAREFINE PEN NEEDLE	133	<i>ciclopirox</i> .....	120	<i>clonidine</i> .....	35
CARETOUCH ALCOHOL		<i>cilostazol</i> .....	177	<i>clonidine hcl</i> .....	35
PREP PAD.....	59	CIMDUO.....	123	<i>clopidogrel</i> .....	177
CARETOUCH INSULIN		<i>cimetidine hcl</i> .....	62	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	16
SYRINGE.....	134	<i>cinacalcet</i> .....	45, 46	<i>clotrimazole</i> .....	120
CARETOUCH PEN		CINRYZE.....	177	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	120
NEEDLE.....	133	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	83, 101	<i>clozapine</i> .....	29
<i>carglumic acid</i> .....	62	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	102	COARTEM.....	25
<i>carteolol</i> .....	82	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	83	<i>codeine sulfate</i> .....	92
<i>cartia xt</i> .....	37	<i>citalopram</i> .....	117	<i>colchicine</i> .....	22
<i>carvedilol</i> .....	36	<i>clarithromycin</i> .....	99	<i>colesevelam</i> .....	40



<i>colestipol</i> .....	40	CYLTEZO(CF) PEN		<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i> ....	105
<i>colistin (colistimethate na)</i> .....	96	CROHN'S-UC-HS.....	72	<i>desoximetasone</i> .....	57
COMBIGAN.....	82	CYLTEZO(CF) PEN		<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	117
COMBIVENT RESPIMAT ...	55	PSORIASIS-UV .....	72	<i>dexamethasone</i> .....	68
COMETRIQ.....	4	<i>cyproheptadine</i> .....	121	<i>dexamethasone sodium</i>	
COMFORT EZ INSULIN		<i>cyred eq</i> .....	105	<i>phosphate</i> .....	68, 86
SYRINGE.....	134, 135, 136	CYSTARAN.....	87	<i>dexmethylphenidate</i> .....	48
COMFORT EZ PEN		<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	48
NEEDLES.....	135	<i>chloride</i> .....	173	<i>dextroamphetamine-</i>	
COMFORT EZ PRO		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	173	<i>amphetamine</i> .....	48
SAFETY PEN NDL.....	135, 136	<i>dalfampridine</i> .....	48	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	34
COMFORT TOUCH PEN		<i>danazol</i> .....	66	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ....	34
NEEDLE.....	136, 137	<i>dantrolene</i> .....	180	DIACOMIT .....	112, 113
COMPLERA.....	123	<i>dapsone</i> .....	122	<i>diazepam</i> .....	16, 113
<i>compro</i> .....	24	DAPTACEL (DTAP		<i>diazepam intensol</i> .....	16
<i>constulose</i> .....	63	PEDIATRIC) (PF).....	78	<i>diazoxide</i> .....	88
COPAXONE.....	48	<i>daptomycin</i> .....	97	<i>dichlorphenamide</i> .....	88
COPIKTRA.....	4	DAPTOMYCIN IN 0.9 %		<i>diclofenac epolamine</i> .....	90
CORLANOR.....	38	SOD CHLOR.....	96	<i>diclofenac potassium</i> .....	90
CORTROPHIN GEL.....	69	<i>daptomycin in 0.9 % sod chlor</i> ..	96	<i>diclofenac sodium</i> .....	86, 90, 91
COSENTYX.....	72	<i>darunavir</i> .....	123	<i>dicloxacillin</i> .....	101
COSENTYX (2 SYRINGES).	72	<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	105	<i>dicyclomine</i> .....	63
COSENTYX PEN (2 PENS)..	72	<i>dasetta 7/7 (28)</i> .....	105	DIFICID .....	100
COSENTYX UNOREADY		DAURISMO .....	4	<i>difluprednate</i> .....	86
PEN.....	72	<i>daysee</i> .....	105	<i>digitek</i> .....	38
COTELLIC.....	4	<i>deblitane</i> .....	105	<i>digoxin</i> .....	38
CREON.....	179	<i>deferasirox</i> .....	95	<i>dihydroergotamine</i> .....	23
<i>cromolyn</i> .....	51, 63, 87	<i>deferiprone</i> .....	95	<i>diltiazem hcl</i> .....	37
<i>cryselle (28)</i> .....	105	DELSTRIGO .....	123	<i>dilt-xr</i> .....	37
CURAD GAUZE PAD.....	137	DENGVAIXIA (PF).....	78	<i>dimethyl fumarate</i> .....	48
CURITY ALCOHOL		<i>denta 5000 plus</i> .....	56	DIPENTUM.....	45
SWABS.....	59	<i>dentagel</i> .....	56	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	121, 122
CURITY GAUZE.....	137	DEPO-SUBQ PROVERA		<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	63
<i>cyclobenzaprine</i> .....	180	104.....	71	<i>dipyridamole</i> .....	177
<i>cyclopentolate</i> .....	87	DERMACEA.....	137	<i>disopyramide phosphate</i> .....	35
<i>cyclophosphamide</i> .....	4	DERMACEA NON-		<i>disulfiram</i> .....	15
<i>cyclosporine</i> .....	72, 86	WOVEN.....	137	<i>divalproex</i> .....	113
<i>cyclosporine modified</i> .....	72	DESCOVY .....	123	<i>dofetilide</i> .....	35
CYLTEZO(CF).....	73	<i>desipramine</i> .....	117	<i>donepezil</i> .....	16
CYLTEZO(CF) PEN.....	72	<i>desmopressin</i> .....	69, 70		

DOPTELET (10 TAB PACK)	EASY COMFORT	<i>electrolyte-148</i> .....	173
.....	INSULIN SYRINGE....	ELIGARD.....	5
DOPTELET (15 TAB PACK)	EASY COMFORT PEN	ELIGARD (3 MONTH).....	5
.....	NEEDLES.....	ELIGARD (4 MONTH).....	5
DOPTELET (30 TAB PACK)	EASY COMFORT SAFETY	ELIGARD (6 MONTH).....	5
.....	PEN NEEDLE.....	<i>elinest</i> .....	105
<i>dorzolamide</i> .....	EASY GLIDE INSULIN	ELIQUIS.....	176
<i>dorzolamide-timolol</i> .....	SYRINGE.....	ELIQUIS DVT-PE TREAT	
<i>dotti</i> .....	.....	30D START.....	176
DOVATO.....	EASY GLIDE PEN	ELMIRON.....	88
<i>doxazosin</i> .....	NEEDLE.....	<i>eluryng</i> .....	105
<i>doxepin</i> .....	EASY TOUCH.....	EMBRACE PEN NEEDLE	
<i>doxy-100</i> .....	.....	.....	144, 145
<i>doxycycline hyclate</i> .....	EASY TOUCH ALCOHOL	EMCYT.....	5
<i>doxycycline monohydrate</i> .....	PREP PADS.....	EMEND.....	24
DRIZALMA SPRINKLE....	EASY TOUCH FLIPLOCK	EMFLAZA.....	68
<i>dronabinol</i> .....	INSULIN.....	EMGALITY PEN.....	23
DROPLET INSULIN	EASY TOUCH FLIPLOCK	EMGALITY SYRINGE.....	23
SYR(HALF UNIT).....	SYRINGE.....	EMSAM.....	118
DROPLET INSULIN	EASY TOUCH INSULIN	<i>emtricitabine</i> .....	123
SYRINGE.....	SAFETY SYR.....	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	124
DROPLET MICRON PEN	EASY TOUCH INSULIN	EMTRIVA.....	124
NEEDLE.....	SYRINGE.....	<i>enalapril maleate</i> .....	43
DROPLET PEN NEEDLE..	EASY TOUCH LUER	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	43
DROPSAFE ALCOHOL	LOCK INSULIN.....	ENBREL.....	73
PREP PADS.....	EASY TOUCH PEN	ENBREL MINI.....	73
DROPSAFE INSULIN	NEEDLE.....	ENBREL SURECLICK.....	73
SYRINGE.....	EASY TOUCH SAFETY	ENDARI.....	88
DROPSAFE PEN NEEDLE	PEN NEEDLE.....	<i>endocet</i> .....	92
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..	EASY TOUCH	ENGERIX-B (PF).....	78
.....	SHEATHLOCK INSULIN	ENGERIX-B PEDIATRIC	
DROXIA.....	.....	(PF).....	78
<i>droxidopa</i> .....	<i>ec-naproxen</i> .....	<i>enilloring</i> .....	105
DUAVEE.....	.....	<i>enoxaparin</i> .....	176
<i>duloxetine</i> .....	<i>econazole</i> .....	<i>enpresse</i> .....	105
DUPIXENT PEN.....	EDARBI.....	<i>enskyce</i> .....	105
DUPIXENT SYRINGE.....	EDARBYCLOR.....	<i>entacapone</i> .....	27
<i>dutasteride</i> .....	EDURANT.....	<i>entecavir</i> .....	128
EASY COMFORT	<i>efavirenz</i> .....	ENTRESTO.....	39
ALCOHOL PAD.....	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	<i>enulose</i> .....	63
.....	.....		
.....	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>		
.....	.....		
.....	EGRIFTA SV.....		
.....	.....		

EPCLUSA.....	127	EXTENCILLINE.....	101	<i>flunisolide</i> .....	86
EPIDIOLEX.....	113	EYSUVIS.....	86	<i>fluocinolone</i> .....	57
<i>epinastine</i> .....	87	<i>ezetimibe</i> .....	40	<i>fluocinonide</i> .....	57
<i>epinephrine</i> .....	38	<i>falmina (28)</i> .....	106	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	57
<i>epitol</i> .....	113	<i>famciclovir</i> .....	128	<i>fluorometholone</i> .....	86
<i>eplerenone</i> .....	44	<i>famotidine</i> .....	62	<i>fluorouracil</i> .....	59
EPRONTIA.....	113	FANAPT.....	29	<i>fluoxetine</i> .....	118
<i>ergoloid</i> .....	16	FARXIGA.....	17	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	29
ERIVEDGE.....	5	FASENRA.....	51	<i>fluphenazine hcl</i> .....	29
ERLEADA.....	5	FASENRA PEN.....	51	<i>flurazepam</i> .....	16
<i>erlotinib</i> .....	5	<i>febuxostat</i> .....	22	<i>flurbiprofen</i> .....	91
<i>errin</i> .....	105	<i>felbamate</i> .....	113	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	86
<i>ertapenem</i> .....	98	FEMRING.....	67	<i>fluticasone propionate</i> .....	57, 86
<i>ery pads</i> .....	61	<i>fenofibrate</i> .....	40	<i>fluvoxamine</i> .....	118
<i>erythromycin</i> .....	84, 100	<i>fenofibrate micronized</i> .....	40	<i>fondaparinux</i> .....	176
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	100	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	40	<i>fosamprenavir</i> .....	124
<i>erythromycin with ethanol</i> .....	61	<i>fentanyl</i> .....	92	<i>fosinopril</i> .....	43
<i>escitalopram oxalate</i> .....	118	<i>fentanyl citrate</i> .....	92	FOTIVDA.....	5
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	62	FERRIPROX.....	95	FREESTYLE PRECISION	
<i>estarylla</i> .....	105	FETZIMA.....	118	.....	145, 146
<i>estradiol</i> .....	67	FIASP FLEXTOUCH U-100		FRUZAQLA.....	6
<i>estradiol valerate</i> .....	67	INSULIN.....	20	FULPHILA.....	177
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	67	FIASP PENFILL U-100		<i>furosemide</i> .....	42
<i>eszopiclone</i> .....	46	INSULIN.....	20	FUZEON.....	124
<i>ethambutol</i> .....	122	FIASP PUMPCART.....	20	FYARRO.....	6
<i>ethosuximide</i> .....	113	FIASP U-100 INSULIN.....	20	<i>fyavolv</i> .....	67
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ...	105	<i>finasteride</i> .....	65	FYCOMPA.....	113
<i>etodolac</i> .....	91	<i> fingolimod</i> .....	48	<i>gabapentin</i> .....	113, 114
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	105	FINTEPLA.....	113	GALAFOLD.....	179
<i>etravirine</i> .....	124	FIRMAGON KIT W		<i>galantamine</i> .....	17
EUCRISA.....	57	DILUENT SYRINGE.....	5	GAMMAGARD LIQUID.....	73
EVENITY.....	46	FIRVANQ.....	97	GAMMAGARD S-D (IGA <	
<i>everolimus (antineoplastic)</i> .....	5	FLEBOGAMMA DIF.....	73	1 MCG/ML).....	73
<i>everolimus</i>		<i>flecainide</i> .....	35	GAMMAPLEX.....	74
<i>(immunosuppressive)</i> .....	73	FLOVENT DISKUS.....	53, 54	GAMMAPLEX (WITH	
EVOTAZ.....	124	FLOVENT HFA.....	54	SORBITOL).....	74
EVRYSDI.....	88	<i>fluconazole</i> .....	120	GARDASIL 9 (PF).....	78
EXEL INSULIN.....	145	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	120	GATTEX 30-VIAL.....	63
<i>exemestane</i> .....	5	<i>flucytosine</i> .....	120	GAUZE PAD.....	146
EXKIVITY.....	5	<i>fludrocortisone</i> .....	68	<i>gavilyte-c</i> .....	64

<i>gavilyte-g</i> .....	64	<i>haloperidol lactate</i> .....	29, 30	<i>hydromorphone</i> .....	93
GAVRETO.....	6	HARVONI.....	127	<i>hydromorphone (pf)</i> .....	93
<i>gefitinib</i> .....	6	HAVRIX (PF).....	78	<i>hydroxychloroquine</i> .....	25
<i>gemfibrozil</i> .....	40	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydroxyurea</i> .....	6
GEMTESA.....	65	SYRINGE.....	146	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	122
<i>generlac</i> .....	63	HEALTHWISE PEN		<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	88
<i>gengraf</i> .....	74	NEEDLE.....	146, 147	<i>ibandronate</i> .....	46
<i>gentamicin</i> .....	61, 84, 96	HEALTHY ACCENTS		IBRANCE.....	6
GENVOYA.....	124	UNIFINE PENTIP.....	147	<i>ibu</i> .....	91
GILENYA.....	48	<i>heather</i> .....	106	<i>ibuprofen</i> .....	91
GILOTRIF.....	6	<i>heparin (porcine)</i> .....	176	<i>icatibant</i> .....	38
<i>glatiramer</i> .....	48, 49	HEPLISAV-B (PF).....	78	<i>iclevia</i> .....	106
<i>glatopa</i> .....	49	HETLIOZ LQ.....	46	ICLUSIG.....	6
GLEOSTINE.....	6	HIBERIX (PF).....	78	<i>icosapent ethyl</i> .....	40
<i>glimepiride</i> .....	22	HUMIRA.....	74	IDHIFA.....	6
<i>glipizide</i> .....	22	HUMIRA PEN.....	74	ILEVRO.....	86
<i>glipizide-metformin</i> .....	22	HUMIRA PEN CROHNS-		<i>imatinib</i> .....	6
<i>glyburide</i> .....	22	UC-HS START.....	74	IMBRUVICA.....	6
<i>glyburide micronized</i> .....	22	HUMIRA PEN PSOR-		<i>imipenem-cilastatin</i> .....	98
<i>glyburide-metformin</i> .....	22	UVEITS-ADOL HS.....	74	<i>imipramine hcl</i> .....	118
<i>glycopyrrolate</i> .....	63	HUMIRA(CF).....	75	<i>imiquimod</i> .....	59
<i>glydo</i> .....	94	HUMIRA(CF) PEDI		IMJUDO.....	6
GLYXAMBI.....	17	CROHNS STARTER.....	74	IMOVAX RABIES	
<i>granisetron hcl</i> .....	24	HUMIRA(CF) PEN.....	74	VACCINE (PF).....	79
<i>griseofulvin microsize</i> .....	120	HUMIRA(CF) PEN		IMPAVIDO.....	25
<i>guanfacine</i> .....	35, 49	CROHNS-UC-HS.....	74	INBRIJA.....	27
GVOKE HYPOPEN 2-		HUMIRA(CF) PEN		<i>incassia</i> .....	106
PACK.....	88	PEDIATRIC UC.....	74	INCONTROL ALCOHOL	
GVOKE PFS 1-PACK		HUMIRA(CF) PEN PSOR-		PADS.....	59
SYRINGE.....	88	UV-ADOL HS.....	74	INCONTROL PEN	
GVOKE PFS 2-PACK		HUMULIN R U-500		NEEDLE.....	147
SYRINGE.....	88	(CONC) INSULIN.....	20	INCRELEX.....	70
HAEGARDA.....	177	HUMULIN R U-500		<i>indapamide</i> .....	42
<i>hailey</i> .....	106	(CONC) KWIKPEN.....	20	<i>indomethacin</i> .....	91
<i>hailey 24 fe</i> .....	106	<i>hydralazine</i> .....	38	INFANRIX (DTAP) (PF).....	79
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	106	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	42	INGREZZA.....	49
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	106	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	92	INLYTA.....	7
<i>halobetasol propionate</i> .....	58	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	92	INQOVI.....	7
<i>haloperidol</i> .....	30	<i>hydrocortisone</i> .....	45, 58, 68	INREBIC.....	7
<i>haloperidol decanoate</i> .....	29	<i>hydrocortisone-min oil-wht pet.</i>	58		

INSULIN SYR/NDL U100	<i>jaimiess</i> .....	106	<i>klor-con m15</i> .....	173
HALF MARK.....	JAKAFI.....	7	<i>klor-con m20</i> .....	173
INSULIN SYRINGE.....	<i>jantoven</i> .....	176	KLOXXADO.....	15
INSULIN SYRINGE	JANUMET.....	17	KORLYM.....	18
MICROFINE.....	JANUMET XR.....	17, 18	KOSELUGO.....	7
INSULIN SYRINGE	JANUVIA.....	18	KOURZEQ.....	56
NEEDLELESS.....	JARDIANCE.....	18	KRAZATI.....	7
INSULIN SYRINGE-	<i>jasmiel (28)</i> .....	106	KRINTAFEL.....	26
NEEDLE U-100	JAYPIRCA.....	7	<i>kurvelo (28)</i> .....	107
131, 133, 145, 147, 148, 157, 161,	<i>jencycla</i> .....	106	KYNMOBI.....	27
162	JENTADUETO.....	18	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad</i> ...	107
INSUPEN PEN NEEDLE... 149	JENTADUETO XR.....	18	<i>labetalol</i> .....	36
INTELENCE.....	<i>jinteli</i> .....	67	<i>lacosamide</i> .....	114
INTRALIPID.....	<i>juleber</i> .....	106	<i>lactulose</i> .....	63
INVEGA HAFYERA.....	JULUCA.....	124	<i>lagevrio (eua)</i> .....	128
INVEGA SUSTENNA.....	<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	106	<i>lamivudine</i> .....	124
INVEGA TRINZA.....	<i>junel 1/20 (21)</i> .....	106	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	124
INVELTYS.....	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	106	<i>lamotrigine</i> .....	114
IPOL.....	<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	106	<i>lansoprazole</i> .....	62
<i>ipratropium bromide</i> .....	<i>junel fe 24</i> .....	106	LANTUS SOLOSTAR U-100	
<i>ipratropium-albuterol</i> .....	JUXTAPID.....	40, 41	INSULIN.....	20
<i>irbesartan</i> .....	JYNARQUE.....	42	LANTUS U-100 INSULIN... 20	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> 39	JYNNEOS (PF).....	79	<i>lapatinib</i> .....	8
IRESSA.....	<i>kalliga</i> .....	106	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	107
ISENTRESS.....	KALYDECO.....	51	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	107
ISENTRESS HD.....	<i>kariva (28)</i> .....	107	<i>larin 24 fe</i> .....	107
<i>isibloom</i> .....	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	107	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	107
ISOLYTE S PH 7.4.....	<i>kelnor 1-50 (28)</i> .....	107	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	107
ISOLYTE-P IN 5 %	KERENDIA.....	44	<i>latanoprost</i> .....	83
DEXTROSE.....	KESIMPTA PEN.....	49	<i>leflunomide</i> .....	75
ISOLYTE-S.....	<i>ketoconazole</i> .....	121	<i>lenalidomide</i> .....	8
<i>isoniazid</i> .....	<i>ketorolac</i> .....	86, 91	LENVIMA.....	8
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	KEVEYIS.....	88	<i>lessina</i> .....	107
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	KEYTRUDA.....	7	<i>letrozole</i> .....	8
<i>isotretinoin</i> .....	KINERET.....	75	<i>leucovorin calcium</i> .....	89
<i>itraconazole</i> .....	KINRIX (PF).....	79	LEUKERAN.....	8
IV PREP WIPES.....	KISQALI.....	7	LEUKINE.....	177
<i>ivermectin</i> .....	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide</i> .....	8
IWILFIN.....	PACK.....	7	<i>leuprolide (3 month)</i> .....	8
IXIARO (PF).....	<i>klor-con m10</i> .....	173	<i>levetiracetam</i> .....	114

<i>levobunolol</i> .....	83	<i>losartan</i> .....	39	<i>maraviroc</i> .....	125
<i>levocarnitine</i> .....	89	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ...	39	<i>marlissa (28)</i> .....	108
<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	89	LOTEMAX.....	86	MARPLAN.....	118
<i>levocetirizine</i> .....	122	LOTEMAX SM.....	86	MATULANE.....	9
<i>levofloxacin</i> .....	102	<i>loteprednol etabonate</i> .....	86	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	49
<i>levofloxacin in d5w</i> .....	102	<i>lovastatin</i> .....	41	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	49
<i>levonest (28)</i> .....	107	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	108	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	49
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> .	107	<i>loxapine succinate</i> .....	30	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	49
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad...</i>	107	<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	108	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	49
<i>levonorg-eth estrad triphasic...</i>	108	<i>lubiprostone</i> .....	63	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	49
<i>levora-28</i> .....	108	LUCEMYRA.....	15	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	49
<i>levothyroxine</i> .....	66	LUMAKRAS.....	8	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	151
LEXIVA.....	124	LUMIGAN.....	83	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE.....	151
<i>lidocaine</i> .....	94	LUNSUMIO.....	8	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE.....	151
<i>lidocaine (pf)</i> .....	94	LUPRON DEPOT.....	70	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	151
<i>lidocaine hcl</i> .....	94	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	8, 70	MAYZENT.....	49, 50
<i>lidocaine viscous</i> .....	94	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	8	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	50
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	94	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	9	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	50
<i>linezolid</i> .....	97	LUPRON DEPOT-PED.....	70	<i>meclizine</i> .....	24
<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	97	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	70	<i>medroxyprogesterone</i> .....	71
LINZESS.....	63	<i>lurasidone</i> .....	31	<i>mefenamic acid</i> .....	91
<i>liothyronine</i> .....	66	<i>lutera (28)</i> .....	108	<i>mefloquine</i> .....	26
LISCO.....	149	LYBALVI.....	31	<i>megestrol</i> .....	9, 71
<i>lisinopril</i> .....	43	<i>lyleq</i> .....	108	MEKINIST.....	9
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ...	43	<i>lyllana</i> .....	68	MEKTOVI.....	9
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	149	LYNPARZA.....	9		
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	149, 150	LYSODREN.....	9		
<i>lithium carbonate</i> .....	49	LYTGOBI.....	9		
<i>lithium citrate</i> .....	49	<i>lyza</i> .....	108		
LIVALO.....	41	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG.....	150		
<i>lojaimiess</i> .....	108	MAGELLAN SYRINGE.....	150		
LOKELMA.....	63	<i>magnesium sulfate</i> .....	174		
LONSURF.....	8	<i>magnesium sulfate in d5w</i> .....	173		
<i>loperamide</i> .....	63	<i>magnesium sulfate in water</i> .....	174		
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	125	<i>malathion</i> .....	61		
<i>lorazepam</i> .....	16				
LORBRENA.....	8				
<i>loryna (28)</i> .....	108				

<i>meloxicam</i> .....	91	<i>mifepristone</i> .....	18	<i>mycophenolate sodium</i> .....	75
<i>memantine</i> .....	17	<i>miglustat</i> .....	179	<b>MYRBETRIQ</b> .....	65
<b>MENACTRA (PF)</b> .....	79	<i>mili</i> .....	108	<i>nabumetone</i> .....	91
<b>MENQUADFI (PF)</b> .....	79	<i>mimvey</i> .....	68	<i>nafcillin</i> .....	101
<b>MENVEO A-C-Y-W-135-</b>		<b>MINI ULTRA-THIN II</b> .....	152	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> ....	101
<b>DIP (PF)</b> .....	79	<i>minocycline</i> .....	103	<i>naloxone</i> .....	15
<i>mercaptapurine</i> .....	9	<i>minoxidil</i> .....	44	<i>naltrexone</i> .....	15
<i>meropenem</i> .....	98	<i>mirtazapine</i> .....	118	<b>NAMZARIC</b> .....	17
<i>mesalamine</i> .....	45	<i>misoprostol</i> .....	62	<i>naproxen</i> .....	91
<b>MESNEX</b> .....	89	<b>MITIGARE</b> .....	23	<b>NARCAN</b> .....	15
<i>metformin</i> .....	18	<b>M-M-R II (PF)</b> .....	79	<b>NATACYN</b> .....	84
<i>methadone</i> .....	93	<i>modafinil</i> .....	47	<b>NAYZILAM</b> .....	114
<i>methenamine hippurate</i> .....	97	<i>molindone</i> .....	31	<i>nebivolol</i> .....	36
<i>methimazole</i> .....	66	<i>mometasone</i> .....	58, 86	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	108
<i>methocarbamol</i> .....	180	<i>mondoxyne nl</i> .....	103	<i>nefazodone</i> .....	118
<i>methotrexate sodium</i> .....	9	<b>MONOJECT INSULIN</b>		<i>neomycin</i> .....	96
<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	9	<b>SAFETY SYRING</b> .....	152, 153	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> ....	84
<i>methoxsalen</i> .....	60	<b>MONOJECT INSULIN</b>		<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methscopolamine</i> .....	63	<b>SYRINGE</b> .....	152, 153	<i>polymyxin</i> .....	84
<i>methsuximide</i> .....	114	<b>MONOJECT SYRINGE</b> .....	152	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methyl dopa</i> .....	35	<b>MONOJECT ULTRA</b>		<i>dexameth</i> .....	84
<i>methylphenidate hcl</i> .....	50	<b>COMFORT INSULIN</b> .....	168	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>methylprednisolone</i> .....	69	<i>mono-linyah</i> .....	108	<i>gramicidin</i> .....	84
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	69	<i>montelukast</i> .....	54	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	84
<i>methylprednisolone sodium</i>		<i>morphine</i> .....	93	<i>neo-polycin</i> .....	84
<i>succ</i> .....	69	<b>MORPHINE</b> .....	93	<i>neo-polycin hc</i> .....	84
<i>metoclopramide hcl</i> .....	63	<i>morphine concentrate</i> .....	93	<b>NERLYNX</b> .....	9
<i>metolazone</i> .....	42	<b>MOTPOLY XR</b> .....	114	<b>NEULASTA</b> .....	177
<i>metoprolol succinate</i> .....	36	<b>MOUNJARO</b> .....	18	<b>NEUPRO</b> .....	27
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	36	<b>MOVANTIK</b> .....	63	<i>nevirapine</i> .....	125
<i>metoprolol tartrate</i> .....	36	<i>moxifloxacin</i> .....	84, 102	<b>NEXLETOL</b> .....	41
<i>metronidazole</i> .....	61, 95, 97	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>		<b>NEXLIZET</b> .....	41
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	97	.....	102	<i>niacin</i> .....	41
<i>metyrosine</i> .....	38	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		<i>nicardipine</i> .....	40
<i>mexiletine</i> .....	35	.....	102	<b>NICOTROL</b> .....	15
<i>miconazole-3</i> .....	121	<b>MULPLETA</b> .....	177	<i>nifedipine</i> .....	40
<b>MICRODOT INSULIN PEN</b>		<b>MULTAQ</b> .....	35	<i>nikki (28)</i> .....	108
<b>NEEDLE</b> .....	151	<i>mupirocin</i> .....	61	<i>nilutamide</i> .....	9
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	108	<b>MVASI</b> .....	9	<b>NINLARO</b> .....	9
<i>midodrine</i> .....	35	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	75	<i>nitazoxanide</i> .....	26

<i>nitisinone</i> .....	179	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100.....	21	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	153
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	97	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	21	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	153
<i>nitrofurantoin monohydrate</i> .....	97	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	21	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	153
<i>nitroglycerin</i> .....	44	NOVOTWIST.....	153	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	153
NITYR.....	179	NOXAFIL.....	121	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	153
NIVESTYM.....	178	NUBEQA.....	9	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	153
<i>nizatidine</i> .....	62	NUCALA.....	51, 52	OMNIPOD GO PODS.....	154
NORDITROPIN FLEXPEN.....	70	NUPLAZID.....	31	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY.....	153
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> .....	108	NURTEC ODT.....	23	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY.....	154
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	108	NUTRILIPID.....	34	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY.....	154
<i>norethindrone acetate</i> .....	71	<i>nyamyc</i> .....	121	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY.....	154
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	68, 108, 109	<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	109	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY.....	154
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....	109	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	109	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY.....	154
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	109	<i>nymyo</i> .....	109	<i>ondansetron</i> .....	25
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	109	<i>nystatin</i> .....	121	<i>ondansetron hcl</i> .....	25
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	109	<i>nystop</i> .....	121	<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....	25
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	109	NYVEPRIA.....	178	ONUREG.....	10
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	109	OICALIVA.....	63	OPSUMIT.....	90
<i>nortriptyline</i> .....	118, 119	OCREVUS.....	50	<i>oralone</i> .....	56
NORVIR.....	125	OCTAGAM.....	75	ORENCIA.....	75
NOVOFINE 30.....	153	<i>octreotide acetate</i> .....	70	ORFADIN.....	179
NOVOFINE 32.....	153	ODEFSEY.....	125	ORGOVYX.....	70
NOVOFINE PLUS.....	153	ODOMZO.....	10	ORLISSA.....	70, 71
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	21	OFEV.....	52	ORKAMBI.....	52
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	21	<i>ofloxacin</i> .....	85	ORLADEYO.....	178
NOVOLIN N FLEXPEN.....	21	OGSIVEO.....	10	ORSERDU.....	10
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	21	OJJAARA.....	10	ORTHO MICRONOR.....	109
NOVOLIN R FLEXPEN.....	21	<i>olanzapine</i> .....	31	<i>oseltamivir</i> .....	127
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	21	<i>olmesartan</i> .....	39		
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	21	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39		
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN.....	21	<i>olopatadine</i> .....	87		
		<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	41		
		<i>omeprazole</i> .....	62		
		<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> .....	62		



OSMOLEX ER.....	27	<i>periogard</i> .....	56	<i>prazosin</i> .....	35
OTEZLA.....	75	<i>permethrin</i> .....	61	<i>prednicarbate</i> .....	58
OTEZLA STARTER.....	75	<i>perphenazine</i> .....	31	<i>prednisolone</i> .....	69
<i>oxandrolone</i> .....	66	<i>perphenazine-amitriptyline</i> .....	119	<i>prednisolone acetate</i> .....	86
<i>oxcarbazepine</i> .....	114	PERSERIS.....	31	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	69, 86
OXTELLAR XR.....	114	<i>pfizerpen-g</i> .....	101	<i>prednisone</i> .....	69
<i>oxybutynin chloride</i> .....	65	<i>phenelzine</i> .....	119	<i>pregabalin</i> .....	115
<i>oxycodone</i> .....	93, 94	<i>phenobarbital</i> .....	114, 115	PREHEVBRIO (PF).....	80
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	94	<i>phenytoin</i> .....	115	PREMARIN.....	68
OXYCONTIN.....	94	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	115	PREMPHASE.....	68
OZEMPIC.....	18, 19	<i>philith</i> .....	109	PREMPRO.....	68
<i>pacerone</i> .....	35	PHOSLYRA.....	64	PRETOMANID.....	122
<i>paliperidone</i> .....	31	PIFELTRO.....	125	<i>prevalite</i> .....	41
PALYNZIQ.....	179	<i>pilocarpine hcl</i> .....	56, 83	PREVENT DROPSAFE	
PANRETIN.....	60	<i>pimecrolimus</i> .....	58	PEN NEEDLE.....	155
<i>pantoprazole</i> .....	62	<i>pimozide</i> .....	31	PREVYMIS.....	127
<i>paricalcitol</i> .....	46	<i>pimtreea (28)</i> .....	109	PREZCOBIX.....	125
<i>paromomycin</i> .....	26	<i>pioglitazone</i> .....	19	PREZISTA.....	125
<i>paroxetine hcl</i> .....	119	PIP PEN NEEDLE.....	155	PRIFTIN.....	122
PAXLOVID.....	127	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	101	PRIMAQUINE.....	26
<i>pazopanib</i> .....	10	PIQRAY.....	10	<i>primidone</i> .....	115
PEDIARIX (PF).....	79	<i>pirfenidone</i> .....	52	PRIORIX (PF).....	80
PEDVAX HIB (PF).....	79	<i>pirmella</i> .....	109, 110	PRIVIGEN.....	75
<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	65	PLASMA-LYTE 148.....	174	PRO COMFORT	
PEGASYS.....	128	PLASMA-LYTE A.....	174	ALCOHOL PADS.....	60
<i>peg-electrolyte soln</i> .....	65	PLEGRIDY.....	50	PRO COMFORT INSULIN	
PEMAZYRE.....	10	<i>podofilox</i> .....	60	SYRINGE.....	155, 156
PEN NEEDLE.....	145, 154, 155, 157	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	97	PRO COMFORT PEN	
PEN NEEDLE, DIABETIC		<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> .....	85	NEEDLE.....	156
.....	136, 151, 154, 156, 157	POMALYST.....	10	<i>probenecid</i> .....	23
PEN NEEDLE, DIABETIC,		<i>portia 28</i> .....	110	<i>probenecid-colchicine</i> .....	23
SAFETY.....	158	<i>posaconazole</i> .....	121	<i>prochlorperazine</i> .....	25
<i>penicillamine</i> .....	95	<i>potassium chloride</i> .....	174	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	25
<i>penicillin g potassium</i> .....	101	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> .....	175	<i>procto-med hc</i> .....	58
<i>penicillin v potassium</i> .....	101	<i>potassium citrate</i> .....	175	<i>proctosol hc</i> .....	58
PENTACEL (PF).....	80	PRALUENT PEN.....	41	<i>proctozone-hc</i> .....	58
<i>pentamidine</i> .....	26	<i>pramipexole</i> .....	27	PRODIGY INSULIN	
PENTIPS.....	155	<i>prasugrel</i> .....	177	SYRINGE.....	156
<i>pentoxifylline</i> .....	177	<i>pravastatin</i> .....	41	<i>progesterone micronized</i> .....	71
<i>perindopril erbumine</i> .....	43				

PROGRAF.....	75	RAYALDEE.....	46	ROTARIX.....	80, 81
PROLASTIN-C.....	52	<i>reclipsen (28)</i> .....	110	ROTATEQ VACCINE.....	81
PROLENSA.....	87	RECOMBIVAX HB (PF).....	80	ROZLYTREK.....	10
PROLIA.....	46	RECTIV.....	89	RUBRACA.....	11
PROMACTA.....	178	RELENZA DISKHALER...	127	<i>rufinamide</i> .....	115
<i>promethazine</i> .....	25, 122	RELION NEEDLES.....	157	RUKOBIA.....	125
<i>promethegan</i> .....	25	RELION PEN NEEDLES...	157	RYBELSUS.....	19
<i>propafenone</i> .....	35	<i>repaglinide</i> .....	19	RYDAPT.....	11
<i>propranolol</i> .....	36, 37	REPATHA PUSHTRONEX..	41	RYSTIGGO.....	50
<i>propylthiouracil</i> .....	66	REPATHA SURECLICK.....	41	SAFESNAP INSULIN	
PROQUAD (PF).....	80	REPATHA SYRINGE.....	41	SYRINGE.....	157, 158
PROSOL 20 %.....	34	RESTASIS.....	87	SAFETY PEN NEEDLE.....	158
<i>protriptyline</i> .....	119	RESTASIS MULTIDOSE.....	87	<i>sajazir</i> .....	38
PULMOZYME.....	179	RETACRIT.....	178	SANTYL.....	60
PURE COMFORT		RETEVMO.....	10	<i>sapropterin</i> .....	179
ALCOHOL PADS.....	60	REVLIMID.....	10	SAVELLA.....	50, 51
PURE COMFORT PEN		REXULTI.....	31, 32	SCSEMBLIX.....	11
NEEDLE.....	156	REYATAZ.....	125	<i>scopolamine base</i> .....	25
PURE COMFORT SAFETY		REZLIDHIA.....	10	SECUADO.....	32
PEN NEEDLE.....	156	REZUROCK.....	76	SECURESAFE INSULIN	
PURIXAN.....	10	RHOPRESSA.....	83	SYRINGE.....	158
<i>pyrazinamide</i> .....	122	<i>ribavirin</i> .....	128	SECURESAFE PEN	
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	89	RIDAURA.....	76	NEEDLE.....	158
<i>pyrimethamine</i> .....	26	<i>rifabutin</i> .....	122	<i>selegiline hcl</i> .....	27
PYRUKYND.....	175	<i>rifampin</i> .....	122	<i>selenium sulfide</i> .....	61
QINLOCK.....	10	<i>riluzole</i> .....	50	SELZENTRY.....	125, 126
QUADRACEL (PF).....	80	<i>rimantadine</i> .....	127	SEREVENT DISKUS.....	55
<i>quetiapine</i> .....	31	RINVOQ.....	76	SEROSTIM.....	71
<i>quinapril</i> .....	43	<i>risedronate</i> .....	46	<i>sertraline</i> .....	119
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	44	RISPERDAL CONSTA.....	32	<i>setlakin</i> .....	110
<i>quinidine sulfate</i> .....	35, 36	<i>risperidone</i> .....	32	<i>sevelamer carbonate</i> .....	64
<i>quinine sulfate</i> .....	26	<i>risperidone microspheres</i> .....	32	<i>sevelamer hcl</i> .....	64
RABAVERT (PF).....	80	<i>ritonavir</i> .....	125	<i>sf 5000 plus</i> .....	56
<i>rabeprazole</i> .....	62	<i>rivastigmine</i> .....	17	<i>sharobel</i> .....	110
<i>raloxifene</i> .....	68	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	17	SHINGRIX (PF).....	81
<i>ramipril</i> .....	44	<i>rizatriptan</i> .....	23	SIGNIFOR.....	71
<i>ranolazine</i> .....	38	ROCKLATAN.....	83	<i>sildenafil</i> .....	90
<i>rasagiline</i> .....	27	<i>roflumilast</i> .....	52	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	90
RASUVO (PF).....	75	<i>ropinirole</i> .....	27	<i>silver sulfadiazine</i> .....	61
RAVICTI.....	64	<i>rosuvastatin</i> .....	41	SIMBRINZA.....	83

<i>simliya</i> (28) .....	110	STRIVERDI RESPIMAT .....	55	SYMPAZAN .....	115
<i>simpesse</i> .....	110	<i>sucrafate</i> .....	62	SYMTUZA .....	126
<i>simvastatin</i> .....	41	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	85	SYNAREL .....	71
<i>sirolimus</i> .....	76	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> ....	61	SYNJARDY .....	19
SIRTURO .....	122	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	85	SYNJARDY XR .....	19
SKY SAFETY PEN		<i>sulfadiazine</i> .....	102	SYNRIBO .....	11
NEEDLE .....	158	<i>sulfamethoxazole-</i>		SYRINGE WITH NEEDLE,	
SKYLA .....	110	<i>trimethoprim</i> .....	102	SAFETY .....	158
SKYRIZI .....	76	<i>sulfasalazine</i> .....	45	TABLOID .....	11
<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	175	<i>sulfatrim</i> .....	102	TABRECTA .....	11
<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	175	<i>sulindac</i> .....	92	<i>tacrolimus</i> .....	58, 76
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .....	56	<i>sumatriptan</i> .....	23, 24	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	90
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	64	<i>sumatriptan succinate</i> .....	24	TAFINLAR .....	11
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ....	64	<i>sunitinib malate</i> .....	11	TAGRISSE .....	11
SOLIQUA 100/33 .....	21	SUNLENCA .....	126	TAKHZYRO .....	89
SOLTAMOX .....	11	SUNOSI .....	47	TALZENNA .....	11
SOLU-CORTEF ACT-O-		SUPREP BOWEL PREP		<i>tamoxifen</i> .....	11
VIAL (PF) .....	69	KIT .....	65	<i>tamsulosin</i> .....	65
SOMAVERT .....	71	SURE COMFORT		<i>tarina 24 fe</i> .....	110
<i>sorafenib</i> .....	11	ALCOHOL PREP PADS .....	60	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	110
<i>sorine</i> .....	37	SURE COMFORT INS.		TASIGNA .....	11, 12
<i>sotalol</i> .....	37	SYR. U-100 .....	158	<i>tasimelteon</i> .....	47
<i>sotalol af</i> .....	37	SURE COMFORT		TAVALISSE .....	175
SPIRIVA RESPIMAT .....	55	INSULIN SYRINGE ....	158, 159	<i>tazarotene</i> .....	61
SPIRIVA WITH		SURE COMFORT PEN		TAZORAC .....	61
HANDIHALER .....	55	NEEDLE .....	159	<i>taztia xt</i> .....	37
<i>spironolactone</i> .....	42	SURE COMFORT SAFETY		TAZVERIK .....	12
<i>sprintec</i> (28) .....	110	PEN NEEDLE .....	158	TDVAX .....	81
SPRITAM .....	115	SURE-FINE PEN		TECHLITE INSULIN	
SPRYCEL .....	11	NEEDLES .....	159, 160	SYRINGE .....	161
<i>sps (with sorbitol)</i> .....	64	SURE-JECT INSULIN		TECHLITE INSULN	
<i>sronyx</i> .....	110	SYRINGE .....	160	SYR(HALF UNIT) .....	160
<i>ssd</i> .....	61	SURE-PREP ALCOHOL		TECHLITE PEN NEEDLE ..	161
STELARA .....	76	PREP PADS .....	60	TECVAYLI .....	12
STERILE PADS .....	158	SUTAB .....	65	TEFLARO .....	99
STIOLTO RESPIMAT .....	55	<i>syeda</i> .....	110	<i>telmisartan</i> .....	39
STIVARGA .....	11	SYMBICORT .....	54	<i>temazepam</i> .....	16
STRENSIQ .....	179	SYMDEKO .....	52	TENIVAC (PF) .....	81
<i>streptomycin</i> .....	96	SYMLINPEN 120 .....	19	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	126
STRIBILD .....	126	SYMLINPEN 60 .....	19	TEPEZZA .....	88

TEPMETKO.....	12	TOPCARE ULTRA		<i>trimethoprim</i> .....	97
<i>terazosin</i> .....	65	COMFORT.....	163	<i>tri-mili</i> .....	111
<i>terbinafine hcl</i> .....	121	<i>topiramate</i> .....	115	<i>trimipramine</i> .....	119
<i>terbutaline</i> .....	55	<i>toremifene</i> .....	12	TRINTELLIX.....	119
<i>terconazole</i> .....	95	<i>torseamide</i> .....	43	<i>tri-nymyo</i> .....	111
<i>teriflunomide</i> .....	51	TOUJEO MAX U-300		<i>tri-sprintec (28)</i> .....	111
TERUMO INSULIN		SOLOSTAR.....	22	TRIUMEQ.....	126
SYRINGE.....	161, 162	TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRIUMEQ PD.....	126
<i>testosterone</i> .....	66, 67	INSULIN.....	22	<i>trivora (28)</i> .....	111
<i>testosterone cypionate</i> .....	66	TRACLEER.....	90	<i>tri-vylibra</i> .....	111
<i>testosterone enanthate</i> .....	66	TRADJENTA.....	19	<i>tri-vylibra lo</i> .....	111
TETANUS,DIPHThERIA		<i>tramadol</i> .....	94	TRIZIVIR.....	126
TOX PED(PF).....	81	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	94	TROPHAMINE 10 %.....	34
<i>tetrabenazine</i> .....	51	<i>trandolapril</i> .....	44	<i>trospium</i> .....	66
<i>tetracycline</i> .....	103	<i>tranexamic acid</i> .....	175	TRUE COMFORT	
THALOMID.....	89	<i>tranylcypromine</i> .....	119	ALCOHOL PADS.....	60
<i>theophylline</i> .....	55, 56	TRAVASOL 10 %.....	34	TRUE COMFORT	
THINPRO INSULIN		<i>travoprost</i> .....	83	INSULIN SYRINGE.....	163
SYRINGE.....	162	<i>trazodone</i> .....	119	TRUE COMFORT PEN	
THIOLA EC.....	65	TRECTOR.....	122	NEEDLE.....	163, 164
<i>thioridazine</i> .....	32	TRELEGY ELLIPTA.....	56	TRUE COMFORT PRO	
<i>thiothixene</i> .....	32	TRELSTAR.....	12	ALCOHOL PADS.....	60
<i>tiadylt er</i> .....	37	TREMFYA.....	76	TRUE COMFORT PRO INS	
<i>tiagabine</i> .....	115	<i>tretinoin</i> .....	61	SYRINGE.....	163, 164
TIBSOVO.....	12	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	12	TRUE COMFORT SAFETY	
TICOVAC.....	81	<i>triamcinolone acetonide</i> 56, 58, 69		PEN NEEDLE.....	163
<i>tigecycline</i> .....	103	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> 43		TRUEPLUS INSULIN. 164, 165	
<i>timolol maleate</i> .....	37, 83	<i>trientine</i> .....	95	TRUEPLUS PEN NEEDLE 164	
<i>tiopronin</i> .....	65	<i>tri-estarylla</i> .....	110	TRULICITY.....	19
TIVICAY.....	126	<i>trifluoperazine</i> .....	32	TRUMENBA.....	81
TIVICAY PD.....	126	<i>trifluridine</i> .....	85	TRUQAP.....	12
<i>tizanidine</i> .....	180	<i>trihexyphenidyl</i> .....	27, 28	TRUSELTIQ.....	12
TOBI PODHALER.....	96	TRIJARDY XR.....	19	TUKYSA.....	12
<i>tobramycin</i> .....	85, 96	TRIKAFTA.....	52	<i>tulana</i> .....	111
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	96	<i>tri-legest fe</i> .....	110	TURALIO.....	12
<i>tobramycin sulfate</i> .....	96	<i>tri-lynyah</i> .....	110	TWINRIX (PF).....	81
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	85	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	110	TYBOST.....	89
<i>tolterodine</i> .....	66	<i>tri-lo-marzia</i> .....	110	TYMLOS.....	46
TOPCARE CLICKFINE.....	162	<i>tri-lo-mili</i> .....	111	TYPHIM VI.....	81
		<i>tri-lo-sprintec</i> .....	111	UBRELVY.....	24

UCERIS.....	45	ULTRA-THIN II (SHORT)		<i>velivet triphasic regimen (28)</i> .	111
UDENYCA.....	178	INS SYR.....	170	VELPHORO.....	64
UDENYCA		ULTRA-THIN II (SHORT)		VEMLIDY.....	126
AUTOINJECTOR.....	178	PEN NDL.....	170	VENCLEXTA.....	13
UDENYCA ONBODY.....	178	ULTRA-THIN II INS PEN		VENCLEXTA STARTING	
ULTICARE.....	165, 166	NEEDLES.....	170	PACK.....	13
ULTICARE INSULIN		ULTRA-THIN II INSULIN		<i>venlafaxine</i> .....	119
SYRINGE.....	165	SYRINGE.....	170	VEOZAH.....	89
ULTICARE INSULN		UNIFINE PEN NEEDLE....	170	<i>verapamil</i> .....	37, 38
SYR(HALF UNIT).....	165	UNIFINE PENTIPS		VERIFINE INSULIN	
ULTICARE PEN NEEDLE	166	.....	154, 170, 171	SYRINGE.....	172, 173
ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE PENTIPS		VERIFINE PEN NEEDLE..	172
NEEDLE.....	166	MAXFLOW.....	171	VERIFINE PLUS PEN	
ULTIGUARD SAFEPACK-		UNIFINE PENTIPS PLUS..	171	NEEDLE.....	172
INSULIN SYR.....	166, 167	UNIFINE PENTIPS PLUS		VERIFINE PLUS PEN	
ULTIGUARD SAFEPACK-		MAXFLOW.....	171	NEEDLE-SHARP.....	172
PEN NEEDLE.....	166, 167	UNIFINE PROTECT.....	171	VERQUVO.....	38
ULTILET ALCOHOL		UNIFINE SAFECONTROL	171	VERSACLOZ.....	33
SWAB.....	60	UNIFINE ULTRA PEN		VERSALON.....	173
ULTILET INSULIN		NEEDLE.....	171, 172	VERZENIO.....	13
SYRINGE.....	148, 167	UPTRAVI.....	90	<i>vestura (28)</i> .....	111
ULTILET PEN NEEDLE....	167	<i>ursodiol</i> .....	64	<i>vienna</i> .....	111
ULTRA CMFT INS SYR		UZEDY.....	33	<i>vigabatrin</i> .....	116
(HALF UNIT).....	146, 158	<i>valacyclovir</i> .....	128	<i>vigadrone</i> .....	116
ULTRA COMFORT		VALCHLOR.....	60	<i>vigpoder</i> .....	116
INSULIN SYRINGE		<i>valganciclovir</i> .....	128	VIIBRYD.....	119
.....	140, 146, 167, 168	<i>valproic acid</i> .....	116	<i>vioele (28)</i> .....	111
ULTRA FLO INSUL		<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .	115	VIRACEPT.....	126
SYR(HALF UNIT).....	168	<i>valsartan</i> .....	39	VIREAD.....	126
ULTRA FLO INSULIN		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	39	VITRAKVI.....	13
SYRINGE.....	168, 169	VALTOCO.....	116	VIZIMPRO.....	13
ULTRA FLO PEN NEEDLE		<i>vancomycin</i> .....	97	<i>volnea (28)</i> .....	111
.....	168	VANFLYTA.....	13	VONJO.....	13
ULTRA THIN PEN		VANISHPOINT INSULIN		<i>voriconazole</i> .....	121
NEEDLE.....	169	SYRINGE.....	172	VOSEVI.....	127
ULTRACARE INSULIN		VANISHPOINT SYRINGE.	172	VOTRIENT.....	13
SYRINGE.....	169	VAQTA (PF).....	82	VRAYLAR.....	33
ULTRACARE PEN		<i>varenicline</i> .....	15, 16	VUMERITY.....	51
NEEDLE.....	169, 170	VARIVAX (PF).....	82	<i>vyfemla (28)</i> .....	111
		VASCEPA.....	42	<i>vylibra</i> .....	111

VYNDAMAX.....	38	<i>zafemy</i> .....	111
VYNDAQEL.....	38	<i>zafirlukast</i> .....	54
<i>warfarin</i> .....	176	<i>zaleplon</i> .....	47
WEBCOL.....	60	<i>zarah</i> .....	112
WELIREG.....	13	ZARXIO.....	178
<i>wera (28)</i> .....	111	ZEJULA.....	14
XALKORI.....	13	ZELBORAF.....	14
XARELTO.....	176, 177	<i>zenatane</i> .....	60
XARELTO DVT-PE TREAT		ZENPEP.....	180
30D START.....	176	<i>zidovudine</i> .....	126
XATMEP.....	13	<i>ziprasidone hcl</i> .....	33
XCOPRI.....	116	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	33
XCOPRI MAINTENANCE		ZIRABEV.....	14
PACK.....	116	ZIRGAN.....	85
XCOPRI TITRATION		<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> .....	46
PACK.....	116	ZOLINZA.....	14
XDEMVI.....	85	<i>zolpidem</i> .....	47
XELJANZ.....	76	ZONISADE.....	116
XELJANZ XR.....	76	<i>zonisamide</i> .....	116
XERMELO.....	64	<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	112
XGEVA.....	46	ZTALMY.....	116
XHANCE.....	87	ZTLIDO.....	95
XIFAXAN.....	97	<i>zumandimine (28)</i> .....	112
XIGDUO XR.....	19, 20	ZURZUVAE.....	119
XIIDRA.....	87	ZYDELIG.....	14
XOFLUZA.....	127, 128	ZYKADIA.....	14
XOLAIR.....	52, 53	ZYLET.....	85
XOSPATA.....	13	ZYPREXA RELPREVV.....	33
XPOVIO.....	14		
XTANDI.....	14		
<i>xulane</i> .....	111		
XULTOPHY 100/3.6.....	22		
XURIDEN.....	89		
XYOSTED.....	67		
XYREM.....	47		
YF-VAX (PF).....	82		
YONSA.....	14		
YUFLYMA(CF)			
AUTOINJECTOR.....	77		
<i>yuvafem</i> .....	68		

Este formulario se actualizó el 03/19/2024. Para obtener información más reciente o realizar alguna consulta, comuníquese con Service para los miembros de Prominence Health Plan al **833-775-MEDS (6337)** o al **711** (para usuarios de TTY), de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. desde el 1 de abril al 30 de septiembre, o visite **ProminenceMedicare.com**.

Se pueden producir cambios en nuestra red de farmacias durante el año de beneficios. En nuestro sitio web **ProminenceMedicare.com** se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. Para obtener información actualizada sobre los proveedores, también puede llamar a Servicios para los miembros.

Esta información se encuentra disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicios al miembro al 1-855-969-5882 para obtener más información. Este documento puede estar disponible en un formato alternativo; por ejemplo, en letra grande o en español.

- **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).
- **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY: 711).
- **CHÚ Y:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-969-5882 (TTY: 711).
- **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Prominence Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Prominence Health Plan cumple con las leyes federates de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sumusunod ang Prominence Health Plan sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Prominence Health Plan tuan thu luat dan quyen hien hanh cua Lien bang va khong phan biet doi xur dua tren chung toc, mau da, nguon goc quoc gia, do, tuoi, khuyet tat, hoac goi tinh.

Prominence Health Plan konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks.



Prominence Health Plan es un plan HMO y HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato con los programas de Medicaid en Florida y Texas. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.