

Medicare Health Advantage de VillageCareMAX (HMO D-SNP)

Formulario 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

Nº de identificación de la entrega del archivo del formulario aprobado: 00021003, versión: 20

Este formulario fue actualizado el 11/22/2021. Si desea información más reciente o tiene otras preguntas, por favor llame a Servicios a Miembros de Medicare Health Advantage de VillageCareMAX al 800-469-6292 (usuarios de TTY llaman al 711), de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana o visite www.villagecaremax.org.

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

Cuando esta lista de medicamentos (el formulario) se refiera a “nosotros”, “nuestra” o “nuestro”, significa VillageCareMAX. Cuando se refiera al “plan” o “nuestro plan”, significa Medicare Health Advantage de VillageCareMAX (HMO D-SNP).

Este documento incluye la lista de medicamentos (el formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 11/22/2021. Contáctenos si desea un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

Generalmente, debe acudir a farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos de receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos o el coaseguro pueden cambiar el 1º de enero de 2022 y de vez en cuando durante el año. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Limites, copagos y restricciones pueden aplicar. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para más información.

Puede obtener esta información gratuitamente en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al 1-800-469-6292 y los usuarios de TTY al 711 en el horario de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-469-6292 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-469-6292 (TTY: 711)。

VillageCareMAX cumple con las leyes federales de derechos civiles. VillageCareMAX no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

VillageCareMAX es un plan HMO con contratos de Medicare y Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción a VillageCareMAX depende de la renovación del contrato.

¿Qué es el Formulario de Medicare Health Advantage de VillageCareMAX?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que VillageCareMAX Health Advantage ha seleccionado tras consultar con un equipo de proveedores del cuidado de la salud que representa las terapias de receta que se cree son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, VillageCareMAX Medicare Health Advantage cubrirá los medicamentos incluidos en nuestro formulario siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, la receta sea despachada en una farmacia de la red de VillageCareMAX Health Advantage y se sigan otras reglas del plan. Si desea más información sobre cómo se surten sus recetas, consulte nuestra Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (la Lista de Medicamentos)?

Aunque la mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1º de enero, “nosotros” podríamos agregar medicamentos a la Lista o quitarlos durante el año, moverlos a distintos niveles de costo compartido o añadir nuevas restricciones. Tenemos que seguir las reglas de Medicare cuando realizamos estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: en los casos a continuación, usted será afectado por cambios a la cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Es posible que eliminemos 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 costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. También, cuando se añade un nuevo medicamento genético, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o añadir nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre el o los cambios específicos que hemos realizado.
 - Si realizamos dicho cambio, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar 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 le solicito una excepción al formulario Medicare Health Advantage de VillageCareMAX?":

Medicamentos retirados del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) considera que un medicamento en nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira su producto del mercado, nosotros lo quitaremos de inmediato de nuestro formulario y avisaremos a los miembros que toman ese medicamento.

- **Otros cambios.** Podremos hacer otros cambios que afectan a miembros que estén tomando medicamentos en este momento. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico el cual no es nuevo en el mercado para reemplazar uno de marca que esté actualmente en el formulario o añadir nuevas restricciones a medicamentos de marca o mover el medicamento a un nivel de copago diferente o ambas cosas. O podemos hacer cambios basados en nuevas directrices clínicas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos autorización previa, limitamos la cantidad y/o tenemos restricciones de terapia escalonada para un medicamento, tenemos que notificarles a los miembros afectados del cambio por lo menos 30 días antes de que el cambio surta efecto o al momento en que el miembro solicite que se le vuelva a despachar el medicamento y entonces se le surtirá por 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o su recetador pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuar 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 le solicito una excepción al formulario Medicare Health Advantage de VillageCareMAX?":

Cambios que no le afectarán si actualmente usted está tomando el medicamento. Generalmente, si usted está tomando un medicamento de nuestro formulario 2021 que estuvo cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, excepto en los casos mencionados anteriormente. Esto significa que estos medicamentos continuarán estando disponibles al mismo costo compartido para aquellos miembros que lo tomen por el resto del año de cobertura. Este año, usted no será avisado sobre cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1º de enero del próximo año, tales cambios podrían afectarle y es importante revisar la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver todo cambio a los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 11/22/2021. Por favor contáctenos para obtener información actualizada sobre los medicamentos que cubre VillageCareMAX Medicare Health Advantage. Nuestra información de contacto se encuentra en la portada y contraportada.

En caso de que a la mitad del año el plan realice un cambio al formulario que no es de mantenimiento, le notificaremos sobre el cambio por correo. El aviso contendrá información concreta sobre el cambio al formulario que no es de mantenimiento y le será enviado por lo menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio. Puede ver los cambios más recientes y el formulario en nuestro sitio web (www.villagecaremax.org) o llame a Servicios a Miembros para pedir más información.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras para encontrar su medicamento dentro del formulario:

Enfermedad

El formulario comienza en la página 3. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de enfermedades que tratan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar enfermedades del corazón se encuentran bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para lo que se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza abajo en la página 3. Luego, busque bajo el nombre de la categoría para encontrar su medicamento.

Lista alfabética

Si no está seguro bajo cuál categoría buscar, debe tratar de encontrar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice contiene la lista alfabética de todos los medicamentos de marca y genéricos incluidos en este documento. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde está la información sobre cobertura. Pase a la página enumerada en el índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son medicamentos genéricos?

VillageCareMAX Medicare Health Advantage cubre tanto los medicamentos con nombre de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA por tener el mismo principio activo que el de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Hay cualquier tipo de restricciones en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener más requerimientos o límites en su cobertura. Estos requerimientos o límites pueden ser:

- **Autorización previa:** VillageCareMAX Medicare Health Advantage le exige a usted o su médico obtener autorización previa para ciertos medicamentos, o sea que la aprobación de VillageCareMAX es necesaria antes de que le surtan sus recetas. Si no obtiene la aprobación, VillageCareMAX podría no cubrir el medicamento.
- **Límites en la cantidad:** Para ciertos medicamentos, VillageCareMAX Medicare Health Advantage limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, VillageCareMAX proporciona 60 cápsulas de Celebrex por cada receta. Esto podría ser además del suministro estándar de un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, VillageCareMAX Medicare Health Advantage le exige que primero pruebe cierto medicamento que trate su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad.
Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan su enfermedad, es posible que VillageCareMAX no cubra el Medicamento B a menos que usted pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, entonces VillageCareMAX cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requerimiento o límite extra buscándolo en el formulario que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio Web en www.villagecaremax.org. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y las restricciones de la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto y la fecha en que actualizamos este formulario por última vez aparecen en la portada y contraportada.

Puede pedirle a VillageCareMAX Medicare Health Advantage que haga una excepción a estas restricciones o límites o que le mande una lista de otros medicamentos similares que podrían tratar su padecimiento de salud. Consulte la sección “¿Cómo le solicito una excepción al formulario de VillageCareMAX Medicare Health Advantage?” en la página v abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el formulario?

Si este formulario (lista de medicamentos cubiertos) no incluye su medicamento, debe llamar a Servicios a Miembros primero y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si averigua que VillageCareMAX Medicare Health Advantage no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios a Miembros una lista de medicamentos similares cubiertos por VillageCareMAX Medicare Health Advantage. Cuando reciba la lista, muéstresela a su doctor y pídale que le recete un medicamento similar cubierto por VillageCareMAX Medicare Health Advantage.
- Puede pedirle a VillageCareMAX Medicare Health Advantage que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea abajo las instrucciones para solicitar una excepción.

¿Cómo le solicito una excepción al formulario Medicare Health Advantage de VillageCareMAX?

Puede pedirle a VillageCareMAX Medicare Health Advantage que haga una excepción a las reglas de nuestra cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestro formulario. Si lo aprobamos, cubriremos este medicamento a su nivel apropiado de costo compartido y usted no podría pedirnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel inferior de costo compartido.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento en el formulario a un costo más bajo del nivel de copago. Si es aprobado esto puede bajar la cantidad que debe pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones o los límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Generalmente, VillageCareMAX Medicare Health Advantage solamente aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o las restricciones adicionales de utilización no serían tan eficaces para tratar su enfermedad y/o le causarían efectos médicos adversos.

Debe contactarnos para pedirnos una decisión de cobertura inicial para un formulario o excepción a la utilización de la restricción. **Cuando solicite una excepción al formulario o a la restricción de utilización**

debe presentar una declaración de su recetante o médico que justifica su solicitud. Generalmente, tenemos que decidir dentro de 72 horas tras recibir la declaración justificante de su recetante. Puede solicitar una excepción agilizada (rápida) si usted o su doctor creen que peligraría mucho su salud si esperara hasta 72 horas para la decisión. Si aprobamos la agilización de su solicitud, tenemos que darle nuestra decisión a más tardar 24 horas tras recibir la declaración justificante de su doctor u otro recetante.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi doctor acerca de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o uno que continúa en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. Por el otro lado, podría estar tomando un medicamento que sí está en nuestro formulario, pero le es difícil obtenerlo. Por ejemplo, quizás necesita una autorización previa de nosotros antes de que le puedan surtir su receta. Debe hablar con su doctor para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubrimos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su doctor para determinar la forma indicada de proceder para usted, podríamos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que es miembro de nuestro plan.

Para cada medicamento suyo que no está en nuestro formulario o si se le dificulta obtener sus medicamentos, le cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, le permitiremos suministros a un máximo de 30 días. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente en un centro de cuidados a largo plazo, y si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o si su capacidad para obtener un medicamento es limitada pero ya has pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras usted intenta que le aprueben una excepción al formulario.

VillageCareMAX tiene una póliza de transición que asegura de que se siga proporcionando la continuación de la cobertura del medicamento a miembros nuevos y actuales. Hay veces cuando usted puede sentir un cambio en su nivel de atención, como ingreso a un centro de cuidados a largo plazo u hospital (o alta de estos lugares). En estos casos, le proporcionaremos un solo suministro de emergencia de un medicamento que no está en el formulario. Los medicamentos que no están en el formulario son aquéllos que no están en el formulario del plan y los medicamentos que sí están en nuestro formulario, pero requieren autorización previa o terapia escalonada bajo las reglas de manejo de la utilización del plan.

Para más información

Para información más detallada sobre su cobertura de medicamentos de receta de VillageCareMAX Medicare Health Advantage, sírvase consultar su Evidencia de Cobertura y otros documentos del plan.

Si tiene preguntas acerca de VillageCareMAX Medicare Health Advantage, por favor contáctenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos el formulario por última vez, aparece en la portada y contraportada.

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

El formulario de Medicare Health Advantage de VillageCareMAX

El formulario a continuación informa sobre los medicamentos que cubre VillageCareMAX Medicare Health Advantage. Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos con nombre de marca se escriben con mayúsculas (p. ej., BENICAR) y los genéricos con minúsculas (p. ej., *losartan*).

La información dada en la columna de Requerimientos/Límites le indica si el plan tiene cualquier requerimiento especial para la cobertura de su medicamento.

El siguiente cuadro contiene las definiciones para las abreviaturas que aparecen en la columna de “Requerimientos /Límites” en la lista de medicamentos abajo que comienza en la página 3.

ABREVIATURA O SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
Restricciones en el manejo de la utilización		
PA	Restricción de autorización previa	Se le exige a usted (o a su médico) obtener autorización previa de VillageCareMAX antes de que le surtan su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, VillageCareMAX podría no cubrir este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede satisfacer las condiciones de pago bajo la Parte B o D de Medicare. Se le exige a usted (o a su médico) obtener autorización previa de VillageCareMAX para determinar que este medicamento lo cubre la Parte D de Medicare antes de que le surtan su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, VillageCareMAX podría no cubrir este medicamento.
PA-HRM	Restricción de autorización previa para los Medicamentos de Alto Riesgo	CMS considera que este medicamento es posiblemente dañino y por lo tanto, es un Medicamento de Alto Riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Los miembros mayores de 65 años tienen que obtener autorización previa de VillageCareMAX antes de que les surtan su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, VillageCareMAX podría no cubrir este medicamento

ABREVIATURA O SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA NSO	Restricción de autorización previa para nuevos miembros solamente	Si es nuevo miembro o no ha tomado este medicamento antes, se le exige a usted (o su médico) obtener autorización previa de VillageCareMAX antes de que le surtan su receta para este medicamento. Sin aprobación previa, VillageCareMAX podría no cubrir este medicamento.
QL	Restricción que limita la cantidad	VillageCareMAX limita la cantidad de este medicamento cubierto por cada receta o dentro de un plazo específico.
ST	Restricción de la terapia escalonada	Antes de que VillageCareMAX pueda cubrir este medicamento, usted primero tiene que probar otro(s) medicamento(s) para tratar su enfermedad. Este medicamento puede cubrirse solo si otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted.
OTROS REQUERIMIENTOS ESPECIALES PARA LA COBERTURA		
LA	Medicamento de acceso restringido	Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame a Servicios Farmacéuticos a Miembros al 1-888-807-6806, las 24 horas del día y los días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
NM	Medicamento que no es de venta por correo	Quizás pueda recibir un suministro mayor de 1 mes de la mayoría de los medicamentos en nuestro formulario si los compra por correo a un costo compartido menor. Los medicamentos <u>no</u> disponibles mediante su beneficio de venta por correo se indican con “NM” en la columna de Requerimientos/Limites de su formulario.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	18
Agentes Antiansiedad	19
Agentes Antidemencia	20
Agentes Antidiabetico	21
Agentes Antigota	25
Agentes Antimigraña	26
Agentes Antinausea	27
Agentes Antiparasitarios	29
Agentes Antiparkinson	30
Agentes Antipsicóticos	32
Agentes Calóricos	37
Agentes Cardiovasculares	41
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	51
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	52
Agentes De Trastorno De Sueño	54
Agentes Del Sistema Nervioso Central	54
Agentes Del Tracto Respiratorio	59
Agentes Dentales Y Orales	64
Agentes Dermatológicos	64
Agentes Gastrointestinales	68
Agentes Genitourinarios	72
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	73
Agentes Inmunológicos	81
Agentes Oftálmicos	92
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	93
Agentes Terapeuticos Misceláneos	97
Agentes Vasodilatadores	100
Analgésicos	101
Anestésicos	105
Antagonistas De Metales Pesados	106
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	106
Antibacterianos	107
Anticonceptivos	114
Anticonvulsivos	123
Antidepresivos	127

Antifúngicos.....	130
Antihistamínicos.....	132
Antimicobacteriales.....	132
Antivirales (Sitémico).....	133
Dispositivos.....	140
Preparaciones De Reemplazo.....	140
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	142
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	146
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	148
Soluciones Irrigantes.....	148
Vitaminas Y Minerales.....	148

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	
ADCETRIS INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	1	PA NSO
<i>adriamycin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i> (doxorubicin)	1	PA BvD
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml, 500 mg/10 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG, 3 MG, 5 MG (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ALIMTA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	1	
ALIQOPA INTRAVENOUS RECON SOLN 60 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)	1	PA NSO
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>arsenic trioxide intravenous solution 2 mg/ml</i> (Trisenox)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML	1	PA NSO
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	1	
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO
BELEODAQ INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	PA NSO
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	1	PA NSO
BESPONSA INTRAVENOUS RECON SOLN 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL)	1	PA NSO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	1	PA NSO
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BLENREP INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT 35 MCG	1	PA NSO
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>clofarabine intravenous solution 20 mg/20 ml</i> (Clolar)	1	
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)	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml</i>	1	PA BvD
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	1	PA NSO
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; LA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	1	
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i> (Adriamycin)	1	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Doxil)	1	PA BvD
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	
EMPLICITI INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG, 400 MG	1	PA NSO
ENHERTU INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i> (Toposar)	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	PA NSO
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	1	
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG/40 ML	1	PA NSO
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
HERCEPTIN INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA NSO
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; QL (4 per 365 days)
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IXEMPRA INTRAVENOUS RECON SOLN 15 MG, 45 MG	1	
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; QL (8 per 21 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
KYPROLIS INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA NSO
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO
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)	1	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; QL (7 per 21 days)
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
LUMOXITI INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	1	PA NSO
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	1	PA NSO
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO
MYLOTARG INTRAVENOUS RECON SOLN 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC)	1	PA NSO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	1	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; LA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONCASPAR INJECTION SOLUTION 750 UNIT/ML	1	PA NSO
ONIVYDE INTRAVENOUS DISPERSION 4.3 MG/ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO
PADCEV INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG, 30 MG	1	PA NSO
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (14 per 21 days)
PEPAXTO INTRAVENOUS RECON SOLN 20 MG	1	PA NSO; QL (2 per 28 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG- 30000 UNIT/15ML	1	PA NSO; QL (15 per 21 days)
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-600 MG- 20000 UNIT/10ML	1	PA NSO; QL (10 per 21 days)
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
POLIVY INTRAVENOUS RECON SOLN 140 MG, 30 MG	1	PA NSO
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/50 ML (16 MG/ML)	1	PA NSO; QL (100 per 21 days)
PROLEUKIN INTRAVENOUS RECON SOLN 22 MILLION UNIT	1	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	1	
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; LA; QL (28 per 28 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO
RITUXAN INTRAVENOUS CONCENTRATE 10 MG/ML	1	PA NSO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (224 per 28 days)
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG	1	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYLVANT INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 400 MG	1	PA NSO
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TARGRETIN TOPICAL GEL 1 %	1	PA NSO
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	1	PA NSO
TEMODAR INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>thiotepa injection recon soln 100 mg, 15 mg</i> (Tepadina)	1	
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	1	PA NSO; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO
TREANDA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 25 MG	1	PA NSO
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG	1	QL (1 per 84 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	1	QL (1 per 168 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 3.75 MG	1	QL (1 per 28 days)
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	
TRODELVY INTRAVENOUS RECON SOLN 180 MG	1	PA NSO
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)	1	PA NSO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; 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
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION 3.5 MG/ML	1	PA NSO
<i>valrubicin intravesical solution 40 mg/ml</i> (Valstar)	1	
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i> (Navelbine)	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
VYXEOS INTRAVENOUS RECON SOLN 44-100 MG	1	PA BvD
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (20 MG X 5)	1	PA NSO; QL (20 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	1	PA NSO; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4)	1	PA NSO; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60 MG/WEEK (20 MG X 3)	1	PA NSO; QL (12 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	1	PA NSO
YONDELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG	1	PA NSO
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; QL (90 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; QL (240 per 30 days)
ZEPZELCA INTRAVENOUS RECON SOLN 4 MG	1	PA NSO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG	1	QL (1 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG	1	QL (1 per 28 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA NSO
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG (abiraterone)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (drlec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX ORAL TABLET 1 MG (varenicline)	1	QL (336 per 365 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG (varenicline)	1	QL (336 per 365 days)
CHANTIX STARTING MONTH BOX ORAL TABLETS, DOSE PACK 0.5 MG (11)- 1 MG (42)	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
LUCEMYRA ORAL TABLET 0.18 MG	1	QL (228 per 14 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NARCAN NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 4 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	1	QL (1008 per 90 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg	1	QL (180 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg (Tranxene T-Tab)	1	QL (180 per 30 days)
diazepam 5 mg/ml oral conc 5 mg/ml (diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	1	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	1	QL (10 per 28 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml (Diazepam Intensol)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	1	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml, 4 mg/ml	1	QL (2 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	1	
galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg (Razadyne ER)	1	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	1	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	1	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg (Namenda XR)	1	QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	1	QL (360 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	1	ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule</i> <i>1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24</i> (Exelon Patch) <i>hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24</i> <i>hour, 9.5 mg/24 hour</i>	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg,</i> (Precose) <i>50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50- 1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100- 1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50- 1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5- 850 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	1	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	1	PA; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	1	PA; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	ST; QL (30 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	1	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	1	QL (9 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- 1,000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5- 1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (24 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN (insulin glargine) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70- 30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 (insulin asp prt-insulin aspart) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	1	QL (13.5 per 28 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution</i> (D.H.E.45) <i>1 mg/ml</i>	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- (Migranal)</i> <i>aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i>	1	QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET 2 MG	1	QL (20 per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (8 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating (Maxalt-MLT)</i> <i>10 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i> <i>5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol (Imitrex)</i> <i>20 mg/lactuation</i>	1	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</i> (Imitrex) 5 mg/actuation	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i> (Imitrex) 100 mg	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i> 25 (Imitrex) mg, 50 mg	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>cartridge 6 mg/0.5 ml</i> Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex STATdose <i>pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5</i> Pen) <i>ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> (Imitrex) <i>solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous</i> <i>syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	1	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	1	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	1	PA BvD
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack</i> (Emend) <i>125 mg (1)- 80 mg (2)</i>	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	1	QL (36 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine Less Drowsy)	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i> (Zofran)	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>phenadoz rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Phenergan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i> (Albenza)	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</i>	1	QL (50 per 30 days)
<i>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</i>	1	QL (25 per 30 days)
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i> (Cogentin)	1	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i> (Stalevo 75)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i> (Stalevo 100)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i> (Stalevo 125)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i> (Stalevo 150)	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i> (Stalevo 200)	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 137 MG	1	PA; 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
GOCOVRI ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 68.5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	1	PA; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	PA
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	1	QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	1	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> (Mirapex)	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	QL (1 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	1	ST; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i> (Clozaril)	1	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i> (Clozaril)	1	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	1	ST; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML	1	QL (0.875 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML	1	QL (1.315 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML	1	QL (2.625 per 84 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln (Zyprexa) 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, (Zyprexa) 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating (Zyprexa Zydis) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended (Invega) release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended (Invega) release 24hr 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	1	QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 (Seroquel) mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	1	ST; 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
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	1	QL (4 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	QL (480 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg, 4 mg</i>	1	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	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	1	QL (6 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN II 8.5 %- ELECTROLYTES INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3.5 %	1	PA BvD
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.2 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE- FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i> 5 %	1	
FREAMINE HBC 6.9 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6.9 %	1	PA BvD
FREAMINE III 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	1	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	PA BvD
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 3.31-9.8-3.9 %	1	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	1	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 2.36-6.8-3.5 %	1	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6 %	1	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr</i>	1	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet 250-15 mg, 250-25 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenylephrine hcl injection solution</i> (Vazculep) 10 mg/ml	1	
<i>prazosin oral capsule</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)	1	
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet</i> 200 mg, 400 mg (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i> (Norpace) 100 mg, 150 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule</i> 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe</i> 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)	1	
<i>mexiletine oral capsule</i> 150 mg, 200 mg, 250 mg	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>pacerone oral tablet</i> 200 mg, 400 mg (amiodarone)	1	
<i>procainamide injection solution</i> 100 mg/ml, 500 mg/ml	1	
<i>procainamide intravenous syringe</i> 100 mg/ml	1	
<i>propafenone oral tablet</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 200 mg, 300 mg	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule</i> 200 mg, 400 mg	1	
<i>atenolol oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 100) 100-25 mg	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i> (Tenoretic 50) 50-25 mg	1	
<i>betaxolol oral tablet</i> 10 mg, 20 mg	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i> (Ziac)	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous syringe 5 mg/5 ml</i>	1	
<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)	1	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (Sorine)	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i> (Verelan)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (Calan SR)	1	
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	1	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	1	
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	1	PA; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	
<i>milrinone intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i> (Ranexa)	1	
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	1	PA; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	1	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	1	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina II		
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	1	
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	
<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)	1	
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Adalat CC)	1	
Dislipidémicos		
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA; QL (45 per 30 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Niaspan Extended-Release)	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	1	QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	1	QL (120 per 30 days)
WELCHOL ORAL POWDER IN PACKET 3.75 GRAM (colesevelam)	1	
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Diuril IV)	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<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	1	PA; 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)	1	PA; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	
<i>lisinopril oral tablet 20 mg</i> (Prinivil)	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Vasodilatadores		
BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i> (Minitran)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i> (Entocort EC)	1	
<i>colocort rectal enema 100 mg/60 ml</i> (hydrocortisone)	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	1	ST
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i> (Asacol HD)	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	1	
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Osea Metabólica		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	1	
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol intravenous solution 4 mcg/2 ml</i> (Hectorol)	1	
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	1	PA; QL (2.34 per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)	1	PA; QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	1	QL (1 per 28 days)
MIACALCIN INJECTION (calcitonin (salmon)) SOLUTION 200 UNIT/ML	1	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol hemodialysis port injection solution 2 mcg/ml</i>	1	
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	1	ST; QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	1	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet,delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	PA; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	1	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	1	
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> (Reclast) <i>intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	1	QL (100 per 300 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; QL (150 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	1	PA; LA; QL (540 per 30 days)
XYWAV ORAL SOLUTION 0.5 GRAM/ML	1	PA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution</i> 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	1	PA; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended</i> (Ampyra) <i>release 12 hr 10 mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10</i> (Focalin) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet 10</i> (Zenzedi) <i>mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet 15</i> (Zenzedi) <i>mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine oral tablet 20</i> (Zenzedi) <i>mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule,extended release 24hr</i> <i>10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall XR) <i>oral capsule,extended release 24hr</i> <i>20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall) <i>oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg,</i> <i>20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule,delayed release(drlec) 120</i> <i>mg</i>	1	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule,delayed release(drlec) 120</i> <i>mg (14)- 240 mg (46)</i>	1	PA
<i>dimethyl fumarate oral</i> (Tecfidera) <i>capsule,delayed release(drlec) 240</i> <i>mg</i>	1	PA; QL (60 per 30 days)
EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	1	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	1	PA NSO
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; QL (1.2 per 28 days)
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/1.2 ML	1	PA; QL (6 per 365 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 2 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	1	PA
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	1	PA; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PONVORY 14-DAY STARTER PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 2 MG (2) - 10 MG (3)	1	PA
PONVORY ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	1	PA; QL (2800 per 28 days)
REBIF (WITH ALBUMIN) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (6 per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (6 per 28 days)
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	1	PA
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SYRINGE 8.8MCG/0.2ML-22 MCG/0.5ML (6)	1	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	1	PA; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
ZEPOSIA ORAL CAPSULE 0.92 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23- 0.46-0.92 MG	1	PA
ZEPOSIA STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 0.23 MG (4)- 0.46 MG (3)	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20 %)	1	
<i>acetylcysteine solution</i> 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	1	PA BvD
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 20 mg/2 ml	1	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	1	QL (28 per 28 days)
DALIRESP ORAL TABLET 500 MCG	1	QL (30 per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	1	PA; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	1	PA; QL (270 per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; LA; 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
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; LA; QL (3 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,L/F,SUV 1,000 MG (+/-)/20 ML	1	PA BvD
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	1	PA BvD
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	PA; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	1	PA; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	1	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
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2</i> <i>ml, 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FLOVENT 100 MCG DISKUS 100 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT 250 MCG DISKUS 250 MCG/ACTUATION	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	QL (24 per 28 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 per 28 days)
SYMBICORT INHALATION (budesonide- HFA AEROSOL INHALER 160- formoterol) 4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	1	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotrinicos		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
<i>albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (ProAir HFA)	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	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>	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 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>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	1	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>cormax scalp solution 0.05 %</i> (clobetasol)	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-e topical cream 0.05 %</i> (fluocinonide-emollient)	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i> (Protopic)	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	1	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i> (Soriatane)	1	
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	1	QL (24 per 30 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	
PICATO TOPICAL GEL 0.015 %	1	QL (3 per 56 days)
PICATO TOPICAL GEL 0.05 %	1	QL (2 per 56 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
TOLAK TOPICAL CREAM 4 %	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEOSPORIN GU IRRIGANT IRRIGATION SOLUTION 40 MG-200,000 UNIT/ML	(neomycin-polymyxin b gu)	1	
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	1	
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		1	
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	1	
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	1	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	(Klaron)	1	
Escabidas Y Pediculidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	1	
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	1	
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	1	
adapalene topical gel 0.1 %	(Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		1	PA
tazarotene topical cream 0.1 %	(Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %		1	
tretinoin topical cream 0.025 %	(Avita)	1	PA
tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	1	PA
tretinoin topical gel 0.01 %	(Retin-A)	1	PA
tretinoin topical gel 0.025 %	(Avita)	1	PA
tretinoin topical gel 0.05 %	(Atralin)	1	PA
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		1	
esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg		1	
esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg	(Nexium IV)	1	
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml		1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml		1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 15 mg</i> (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release (drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 10 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	1	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG (lubiprostone)	1	QL (60 per 30 days)
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG	1	
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i> (Lomotil) 2.5-0.025 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate injection solution 0.2 mg/ml</i>	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml</i>	1	
<i>kionex oral powder</i> (sodium polystyrene sulfonate)	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	1	QL (90 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	1	PA; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	PA; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	PA; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	1	
<i>sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VIBERZI ORAL TABLET 100 MG, 75 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i> (Renagel)	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	1	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	1	
<i>trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
THIOLA EC ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	1	PA
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg</i> (Ditropan XL)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	1	PA
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	1	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	1	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(estradiol)	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	(Fyavolv)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG		1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG	(conjugated estrogens)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i>	(Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i>	(estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
<i>a-hydrocort injection recon soln 100 mg</i>		1	
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i>	(Celestone Soluspan)	1	
<i>cortisone oral tablet 25 mg</i>		1	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml</i>		1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	(Decadron)	1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>		1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
EMFLAZA ORAL SUSPENSION 22.75 MG/ML	1	PA; QL (91 per 28 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 18 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
EMFLAZA ORAL TABLET 30 MG, 36 MG, 6 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i> (Solu-Medrol)	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln alf, dlf 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	1	
<i>triamcinolone acetonide injection</i> (Kenalog) <i>suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	1	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin injection solution 4</i> (DDAVP) <i>mcg/ml</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray, non- aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2</i> (DDAVP) <i>mg</i>	1	
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1 MG, 2 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.2 MG/0.25 ML, 0.4 MG/0.25 ML, 0.6 MG/0.25 ML, 0.8 MG/0.25 ML, 1 MG/0.25 ML, 1.2 MG/0.25 ML, 1.4 MG/0.25 ML, 1.6 MG/0.25 ML, 1.8 MG/0.25 ML, 2 MG/0.25 ML	1	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG/ML (36 UNIT/ML), 5 MG/ML (15 UNIT/ML)	1	PA
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG (36 UNIT), 24 MG (72 UNIT), 6 MG (18 UNIT)	1	PA
HUMATROPE INJECTION RECON SOLN 5 (15 UNIT) MG	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	1	
NOC DURNA (MEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 55.3 MCG	1	QL (30 per 30 days)
NOC DURNA (WOMEN) SUBLINGUAL TABLET, DISINTEGRATING 27.7 MCG	1	QL (30 per 30 days)
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)	1	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/2 ML (5 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 5 MG/2 ML (2.5 MG/ML)	1	PA
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>octreotide acetate injection syringe</i> 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	1	
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	1	PA
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SAIZEN CLICK.EASY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.)	1	PA
SAIZEN SAIZENPREP SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 8.8 MG/1.51 ML (FINAL CONC.)	1	PA
SAIZEN SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5 MG, 8.8 MG	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 10 MG, 20 MG, 30 MG	1	
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; 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
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML, 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; QL (1 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	1	QL (1 per 360 days)
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	1	
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	1	QL (1 per 168 days)
ZOMACTON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 5 MG	1	PA
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	1	PA
Progestinas		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML	1	QL (10 per 28 days)
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i> (Makena) <i>intramuscular oil 250 mg/ml</i>	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>suspension 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i> (Depo-Provera) <i>syringe 150 mg/ml</i>	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10</i> (Provera) <i>mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10</i> <i>ml (40 mg/ml)</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5</i> (Aygestin) <i>mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50</i> <i>mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral</i> (Prometrium) <i>capsule 100 mg, 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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) <i>250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) <i>100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> <i>50 mg</i>	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	1	PA BvD
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	1	PA BvD
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	1	PA BvD
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	PA BvD
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA
HYPERRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 300 UNIT/ML	1	
HYPERRAB S/D (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	1	PA BvD
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG/ML	1	PA
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	1	PA
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA
IMOGAM RABIES-HT (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA
KEDRAB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 150 UNIT/ML	1	
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REMICADE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	1	
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	1	PA
SILIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 210 MG/1.5 ML	1	PA
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	1	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	1	PA

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	QL (1.5 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
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1,440 ELISA UNIT/ML	1	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10 LF- MCG-LF/0.5ML	1	
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOLE INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML	1	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 toxoids-td) ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	
TYPHIM VI (typhoid vi polysacch INTRAMUSCULAR SYRINGE vaccine) 25 MCG/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	1	
ZOSTAVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 19,400 UNIT/0.65 ML	1	QL (1 per 365 days)
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	1	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) (brinzolamide) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops (Trusopt) 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (Cosopt) (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops (Xalatan) 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>metipranolol ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.3 %	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye)</i> (Isopto Carpine) <i>drops</i> 1 %, 2 %	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 4 %	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1- 0.2 %	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> (Timoptic) <i>drops</i> 0.25 %, 0.5 %	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> (Timoptic-XE) <i>gel forming solution</i> 0.25 %, 0.5 %	1	
<i>travoprost (benzalkonium)</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 0.004 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	1	QL (2.5 per 25 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution</i> 2 %	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i> <i>ointment</i> 500 unit/gram	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic</i> (Polycin) <i>(eye) ointment</i> 500-10,000 <i>unit/gram</i>	1	
BESIVANCE OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.6 %	1	ST
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops</i> 10 (sulfacetamide sodium) %	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	1
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	1
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox)	1
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		1
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	1
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>	(Polytrim)	1
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	(Bleph-10)	1
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>		1
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>		1
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Tobrex)	1
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	(TobraDex)	1
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>		1
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %		1
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %		1
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %		1
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %		1
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>		1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye)</i> (Durezol) <i>drops 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) <i>drops,suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy <i>spray,suspension 50 mcg/actuation</i> Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> (Acular) <i>0.5 %</i>	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	1	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,gel 0.5 %</i>	1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Nasonex) <i>50 mcg/actuation</i>	1	QL (34 per 28 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) <i>(eye) drops,suspension 1 %</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	1	
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	1	ST; QL (32 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
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	1	
<i>azelastine nasal aerosol,spray 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	1	
CYSTARAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Alcaine)	1	
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	PA
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
Agentes Terapeuticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; QL (8 per 28 days)
CYSTADANE ORAL POWDER 1 GRAM/1.7 ML	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	PA; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA; LA
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5 MG/0.1 ML 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1PK 0.5 MG/0.1 ML SYR 0.5 MG/0.1 ML	1	
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Vistaril)	1	
KEVEYIS ORAL TABLET 50 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leucovorin calcium injection solution</i> 10 mg/ml	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution</i> 100 mg/ml (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet</i> 330 mg (Carnitor)	1	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln</i> 50 mg (Fusilev)	1	
<i>mesna intravenous solution</i> 100 mg/ml (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	1	PA
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> 60 mg/5 ml (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 30 mg	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 60 mg (Mestinon)	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	1	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	1	QL (24 per 14 days)
XURIDEN ORAL GRANULES IN PACKET 2 GRAM	1	PA; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>epoprostenol (glycine) intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i> (Flolan)	1	PA
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	1	PA; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	1	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	1	PA; LA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	1	PA
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	1	PA
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
CALDOLOR INTRAVENOUS RECON SOLN 800 MG/8 ML (100 MG/ML)	1	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i> (Cataflam)	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	1	
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	PA-HRM; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	PA-HRM; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i> (Mobic)	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i> (Relafen)	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
PENNSAID TOPICAL SOLUTION IN METERED-DOSE PUMP 20 MG/GRAM /ACTUATION(2 %)	1	PA; QL (224 per 28 days)
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> (Actiq)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
LAZANDA NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lorcet (hydrocodone) oral tablet 5-325 mg</i> (hydrocodone-acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>lorcet hd oral tablet 10-325 mg</i> (hydrocodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>lorcet plus oral tablet 7.5-325 mg</i> (hydrocodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 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>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg</i> (methadone)	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (240 per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin oral tablet 4.8355-325 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (oxycodone)	1	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i> (Ultram)	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i> (Ultracet)	1	QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	1	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	1	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	1	QL (240 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous solution 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine (Cardiac (PF)))	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>clovique oral capsule 250 mg</i> (trientine)	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	1	PA
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i> (Ferriprox)	1	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram</i>	1	PA
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i> (Desferal)	1	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY) 1,000 MG	1	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG	1	PA
<i>penicillamine oral capsule 250 mg</i> (Cuprimine)	1	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	1	PA
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	1	PA; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Metrogel Vaginal)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml, 80 mg/8 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	1	QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	1	PA BvD
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
CLINDAMYCIN 600 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE,L/F 600 MG/50 ML	1	
CLINDAMYCIN 900 MG/50 ML-NS OUTER,SINGLE-USE,L/F 900 MG/50 ML	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	
CLINDAMYCIN IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 600 MG/50 ML, 900 MG/50 ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 300 mg/2 ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	1	PA BvD
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin)	1	
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydrate-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	
SYNERCID INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; LA
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i> (Invanz)	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Fortaz)	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 6 gram</i> (Tazicef)	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	
<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>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	1	
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	QL (100 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin gk 5 million unit plf, latex-free 5 million unit</i> (Pfizerpen-G)	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
Quinolonas		
BAXDELA ORAL TABLET 450 MG	1	PA; QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin hcl 750 mg tab flc 750 mg</i>	1	
<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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
Tetraciclinas		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxine NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i> (Vibramycin)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	1	
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethia lo oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>bekyree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<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>		1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	1	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))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG		1	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estradiol triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>l norgestle.estradiol-e.estradiol oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	1	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)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>noreth-ee-fe 1-0.02(24)-75 cap inner 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Merzee)	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Aurovela 24 Fe)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri Femynor)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Estarylla)	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ogestrel (28) oral tablet 0.5-50 mg-mcg</i>	1	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	1	

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	1	
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i> (Felbatol)	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 2 MG, 8 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; 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)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 150 MG, 300 MG, 600 MG	1	ST
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Banzel)	1	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Gabitril)	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1 ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10 MG/0.1 ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Sabril)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML	1	QL (200 per 5 days)
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (1200 per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	1	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	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)	1	ST
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	1	
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i> (Cancidas)	1	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA BvD
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Diflucan)	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	1	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 200 MG/5 ML (40 MG/ML) (posaconazole)	1	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	1	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
CAPASTAT INJECTION RECON SOLN 1 GRAM	1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	1	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	1	
APTIVUS (WITH VITAMIN E) ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	1	
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	1	
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 125 mg, 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i> (Sustiva)	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i> (Sustiva)	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	1	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	1	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i> (Lexiva)	1	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG, 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i> (Epivir HBV)	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i> (Combivir)	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i> (Viramune XR)	1	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	1	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 75 MG, 800 MG	1	
RESCRIPTOR ORAL TABLET 200 MG	1	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 25 MG, 300 MG, 75 MG	1	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150- 150-200-300 MG	1	
SYMTUZA ORAL TABLET 800- 150-200-10 MG	1	
TEMIXYS ORAL TABLET 300- 300 MG	1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG	1	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600- 50-300 MG	1	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC ORAL RECON SOLN 10 MG/ML (FINAL)	1	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	1	PA; QL (28 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir oral tablet 90-400 mg</i> (Harvoni)	1	PA; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; QL (84 per 28 days)
<i>sofosbuvir-velpatasvir oral tablet 400-100 mg</i> (Epclusa)	1	PA; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 150 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
SOVALDI ORAL PELLETS IN PACKET 200 MG	1	PA; QL (56 per 28 days)
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	PA; 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
VIEKIRA PAK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG-75 MG -50 MG/250 MG	1	PA
VOSEVI ORAL TABLET 400- 100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50- 100 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Antivirales, Varios		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	1	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	1	PA; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	1	PA; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	1	PA
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
Interferones		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INTRON A INJECTION SOLUTION 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML	1	PA NSO
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	
PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT 50 MCG/0.5 ML	1	
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (Cytovene)	1	PA BvD
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>ribasphere oral capsule 200 mg</i> (ribavirin)	1	
<i>ribasphere oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	1	PA BvD
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Dispositivos		
Dispositivos		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Advocate Syringes)	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
OMNIPOD / VGO	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips)	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", STERILE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er</i> (potassium chloride) <i>particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er</i> (potassium chloride) <i>particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er</i> (potassium chloride) <i>particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>magnesium sulfate in d5w</i> <i>intravenous piggyback 1 gram/100</i> <i>ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water</i> <i>intravenous parenteral solution 20</i> <i>gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000</i> <i>ml (4 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate in water</i> <i>intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i> <i>(4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4</i> <i>gram/50 ml (8 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection solution</i> <i>4 meq/ml (50 %)</i>	1	PA BvD
<i>magnesium sulfate injection syringe</i> <i>4 meq/ml</i>	1	PA BvD
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 8 meq</i> (K-Tab)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	1	PA
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIKLOS ORAL TABLET 1,000 MG, 100 MG	1	PA
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution</i> (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	1	QL (30 per 30 days)
Anticoagulantes		
BEVYXXA ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	1	QL (43 per 42 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	1	
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>heparin (porcine) injection syringe</i> 5,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection solution</i> 1,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe</i> 5,000 unit/0.5 ml	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; QL (20 per 30 days)
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	1	
MULPLETA ORAL TABLET 3 MG	1	PA; QL (7 per 7 days)
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA
NEUPOGEN INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; 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	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (6 per 28 days)
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	1	
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	1	
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	1	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	1	
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	1	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	1	PA

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	1	PA; QL (14 per 28 days)
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	1	PA
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	1	PA BvD
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	1	PA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Zavesca)	1	PA; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	1	
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG	1	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	1	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	1	PA
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Kuvan)	1	
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; LA
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	1	PA
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	1	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
COMFORT PAC- CYCLOBENZAPRINE KIT 10 MG	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg, 50 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
Soluciones Irrigantes		
Soluciones Irrigantes		
LACTATED RINGERS IRRIGATION SOLUTION	1	
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
SE-NATAL-19 ORAL TABLET 29 MG IRON- 1 MG	1	

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

ÍNDICE

<i>abacavir</i>	133	<i>a-hydrocort</i>	75	<i>amiloride</i>	48
<i>abacavir-lamivudine</i>	133	AIMOVIG		<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	49
<i>abacavir-lamivudine-</i>		AUTOINJECTOR.....	26	AMINOSYN 10 %.....	37
<i>zidovudine</i>	133	AJOVY AUTOINJECTOR....	26	AMINOSYN 7 % WITH	
ABELCET.....	130	AJOVY SYRINGE.....	26	ELECTROLYTES.....	37
ABILIFY MAINTENA.....	32	AKYNZEO		AMINOSYN 8.5 %.....	37
<i>abiraterone</i>	3	(FOSNETUPITANT).....	27	AMINOSYN 8.5 %-	
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO		ELECTROLYTES.....	37
<i>acamprosate</i>	18	(NETUPITANT).....	27	AMINOSYN II 10 %.....	37
<i>acarbose</i>	21	<i>ala-cort</i>	64	AMINOSYN II 15 %.....	37
<i>accutane</i>	66	<i>albendazole</i>	29	AMINOSYN II 7 %.....	37
<i>acebutolol</i>	42	<i>albuterol sulfate</i>	62	AMINOSYN II 8.5 %.....	38
<i>acetaminophen-codeine</i>	102	<i>alclometasone</i>	64	AMINOSYN II 8.5 %-	
<i>acetazolamide</i>	92	ALCOHOL PADS.....	66	ELECTROLYTES.....	38
<i>acetazolamide sodium</i>	92	ALDURAZYME.....	146	AMINOSYN M 3.5 %.....	38
<i>acetic acid</i>	93	ALECENSA.....	3	AMINOSYN-HBC 7%.....	38
<i>acetylcysteine</i>	59	<i>alendronate</i>	52	AMINOSYN-PF 10 %.....	38
<i>acitretin</i>	66	<i>alfuzosin</i>	72	AMINOSYN-PF 7 %	
ACTEMRA.....	81	ALIMTA.....	3	(SULFITE-FREE).....	38
ACTEMRA ACTPEN.....	81	ALIQOPA.....	3	AMINOSYN-RF 5.2 %.....	38
ACTHIB (PF).....	87	<i>aliskiren</i>	50	<i>amiodarone</i>	42
ACTIMMUNE.....	97	<i>allopurinol</i>	25	AMITIZA.....	69
<i>acyclovir</i>	66, 139	<i>alosetron</i>	51	<i>amitriptyline</i>	127
<i>acyclovir sodium</i>	139	ALPHAGAN P.....	92	<i>amlodipine</i>	46
ADACEL(TDAP		<i>alprazolam</i>	19	<i>amlodipine-benazepril</i>	46
ADOLESN/ADULT)(PF) 87, 88		ALREX.....	95	<i>amlodipine-valsartan</i>	47
ADAKVEO.....	142	<i>altavera (28)</i>	114	<i>ammonium lactate</i>	66
<i>adapalene</i>	68	ALTRENO.....	68	<i>amoxapine</i>	127
ADCETRIS.....	3	ALUNBRIG.....	3	<i>amoxicillin</i>	111
<i>adefovir</i>	139	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	114	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	111
ADEMPAS.....	100	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	114	<i>amphotericin b</i>	130
<i>adriamycin</i>	3	<i>alyq</i>	100	<i>ampicillin</i>	111
<i>adrucil</i>	3	<i>amabelz</i>	74	<i>ampicillin sodium</i>	112
ADVAIR DISKUS.....	60	<i>amantadine hcl</i>	30	<i>ampicillin-sulbactam</i>	112
ADVAIR HFA.....	60	AMBISOME.....	130	ANADROL-50.....	73
AFINITOR.....	3	<i>ambrisentan</i>	100	<i>anagrelide</i>	142
AFINITOR DISPERZ.....	3	<i>amethia</i>	114	<i>anastrozole</i>	3
<i>afirmelle</i>	114	<i>amethia lo</i>	114	ANORO ELLIPTA.....	62

APOKYN.....	30	<i>aviane</i>	115	<i>betamethasone, augmented</i>	65
<i>apraclonidine</i>	97	AVONEX.....	54	BETASERON.....	55
<i>aprepitant</i>	27	AVSOLA.....	81	<i>betaxolol</i>	42
<i>apri</i>	114	<i>ayuna</i>	115	<i>bethanechol chloride</i>	72
APTIOM.....	123	AYVAKIT.....	4	BEVYXXA.....	143
APTIVUS.....	133	<i>azacitidine</i>	4	<i>bexarotene</i>	4
APTIVUS (WITH VITAMIN		<i>azathioprine</i>	81	BEXSERO.....	88
E).....	133	<i>azathioprine sodium</i>	81	<i>bicalutamide</i>	4
<i>aranelle (28)</i>	114	<i>azelastine</i>	97	BICILLIN L-A.....	112
ARCALYST.....	81	<i>azithromycin</i>	110	BIDIL.....	51
<i>aripiprazole</i>	32	AZOPT.....	92	BIKTARVY.....	133
ARISTADA.....	32	<i>aztreonam</i>	109	<i>bisoprolol fumarate</i>	43
ARISTADA INITIO.....	32	<i>azurette (28)</i>	115	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	43
<i>armodafinil</i>	54	<i>bacitracin</i>	93	BLENREP.....	4
ARNUITY ELLIPTA.....	61	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	93	<i>bleomycin</i>	4
<i>arsenic trioxide</i>	3	<i>baclofen</i>	148	<i>bleph-10</i>	93
<i>asenapine maleate</i>	32	<i>balsalazide</i>	51	BLINCYTO.....	4
<i>ashlyna</i>	114	BALVERSA.....	4	<i>blisovi 24 fe</i>	115
ASPARLAS.....	4	<i>balziva (28)</i>	115	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	115
<i>aspirin-dipyridamole</i>	144	BAVENCIO.....	4	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	115
ASSURE ID INSULIN		BAXDELA.....	112	BOOSTRIX TDAP.....	88
SAFETY.....	140	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	88	BORTEZOMIB.....	4
<i>atazanavir</i>	133	BD ULTRA-FINE NANO		BOSULIF.....	4
<i>atenolol</i>	42	PEN NEEDLE.....	140	BRAFTOVI.....	4
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	42	BD VEO INSULIN SYR		BREO ELLIPTA.....	61
<i>atomoxetine</i>	54	(HALF UNIT).....	140	BREZTRI AEROSPHERE...	62
<i>atorvastatin</i>	47	BD VEO INSULIN		<i>briellyn</i>	115
<i>atovaquone</i>	29	SYRINGE UF.....	140	BRILINTA.....	144
<i>atovaquone-proguanil</i>	29	<i>bekyree (28)</i>	115	<i>brimonidine</i>	92
<i>atropine</i>	97	BELEODAQ.....	4	BRIVIACT.....	123
ATROVENT HFA.....	62	BELSOMRA.....	54	<i>bromocriptine</i>	30
AUBAGIO.....	54	<i>benazepril</i>	50	BROMSITE.....	95
<i>aubra eq</i>	114	BENDEKA.....	4	BRONCHITOL.....	59
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	115	BENLYSTA.....	97, 98	BRUKINSA.....	5
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	115	<i>benztropine</i>	30	<i>budesonide</i>	51, 61
<i>aurovela 24 fe</i>	115	BESIVANCE.....	93	<i>bumetanide</i>	49
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	115	BESPONSA.....	4	<i>buprenorphine hcl</i>	18, 102
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	115	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	75	<i>buprenorphine-naloxone</i>	18
AUSTEDO.....	54	<i>betamethasone dipropionate</i>	64	<i>bupropion hcl</i>	127
AVASTIN.....	4	<i>betamethasone valerate</i>	64	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .	18

<i>buspirone</i>	19	<i>cefoxitin</i>	109	<i>ciprofloxacin</i>	113
<i>bitalbital-acetaminophen-caff</i>	102	<i>cefpodoxime</i>	110	<i>ciprofloxacin hcl</i>	94, 112
<i>bitalbital-aspirin-caffeine</i>	102	<i>cefprozil</i>	110	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ..	113
BYNFEZIA.....	77	<i>ceftazidime</i>	110	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	94
CABENUVA.....	133	<i>ceftriaxone</i>	110	<i>citalopram</i>	127, 128
<i>cabergoline</i>	30	<i>cefuroxime axetil</i>	110	<i>clarithromycin</i>	111
CABLIVI.....	142	<i>cefuroxime sodium</i>	110	CLENPIQ.....	72
CABOMETYX.....	5	<i>celecoxib</i>	101	<i>clindamycin hcl</i>	107
<i>caffeine citrate</i>	55	CELONTIN.....	123	CLINDAMYCIN IN 0.9 %	
<i>calcipotriene</i>	66	<i>cephalexin</i>	110	SOD CHLOR.....	107
<i>calcitonin (salmon)</i>	52	CERDELGA.....	146	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	107
<i>calcitriol</i>	52	CEREZYME.....	146	CLINDAMYCIN IN 5 %	
<i>calcium acetate(phosphat</i>		CHANTIX.....	18	DEXTROSE.....	107
<i>bind)</i>	71	CHANTIX CONTINUING		<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>calcium chloride</i>	140	MONTH BOX.....	18		67, 106, 108
CALDOLOR.....	101	CHANTIX STARTING		CLINIMIX 5%/D15W	
CALQUENCE.....	5	MONTH BOX.....	18	SULFITE FREE.....	38
<i>camila</i>	115	<i>chateal eq (28)</i>	115	CLINIMIX 5%/D25W	
CAPASTAT.....	132	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	107	SULFITE-FREE.....	38
CAPLYTA.....	33	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	19	CLINIMIX 4.25%/D10W	
CAPRELSA.....	5	<i>chlorhexidine gluconate</i>	64	SULF FREE.....	38
<i>captopril</i>	50	<i>chloroquine phosphate</i>	29	CLINIMIX 4.25%/D5W	
CARBAGLU.....	69	<i>chlorothiazide</i>	49	SULFIT FREE.....	38
<i>carbamazepine</i>	123	<i>chlorothiazide sodium</i>	49	CLINIMIX 4.25%-D25W	
<i>carbidopa-levodopa</i>	30	<i>chlorpromazine</i>	33	SULF-FREE.....	39
<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorthalidone</i>	49	CLINIMIX 5%-	
<i>entacapone</i>	30	<i>chlorzoxazone</i>	148	D20W(SULFITE-FREE).....	39
<i>carteolol</i>	92	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	47	CLINIMIX 6%-D5W	
<i>cartia xt</i>	44	<i>cholestyramine light</i>	47	(SULFITE-FREE).....	39
<i>carvedilol</i>	43	<i>ciclopirox</i>	130	CLINIMIX 8%-	
<i>caspofungin</i>	130	<i>cilostazol</i>	144	D10W(SULFITE-FREE).....	39
CAYSTON.....	109	CIMDUO.....	133	CLINIMIX 8%-	
<i>caziant (28)</i>	115	<i>cimetidine hcl</i>	68	D14W(SULFITE-FREE).....	39
<i>cefaclor</i>	109	CIMZIA.....	81	CLINIMIX E 2.75%/D5W	
<i>cefadroxil</i>	109	CIMZIA POWDER FOR		SULF FREE.....	39
<i>cefazolin</i>	109	RECONST.....	81	CLINIMIX E 4.25%/D10W	
<i>cefdinir</i>	109	<i>cinacalcet</i>	52	SUL FREE.....	39
<i>cefepime</i>	109	CINQAIR.....	59	CLINIMIX E 4.25%/D5W	
<i>cefixime</i>	109	CINRYZE.....	144	SULF FREE.....	39
<i>cefotaxime</i>	109	CINVANTI.....	27		

CLINIMIX E 5%/D15W	CORLANOR.....	45	<i>decitabine</i>	6
SULFIT FREE.....	<i>cormax</i>	65	<i>deferasirox</i>	106
CLINIMIX E 5%/D20W	<i>cortisone</i>	75	<i>deferiprone</i>	106
SULFIT FREE.....	COSENTYX.....	81	<i>deferoramine</i>	106
CLINIMIX E 8%-D10W	COSENTYX (2 SYRINGES)..	81	DELSTRIGO.....	133
SULFITEFREE.....	COSENTYX PEN (2 PENS)..	81	DENG VAXIA (PF).....	88
CLINIMIX E 8%-D14W	COTELLIC.....	5	<i>denta 5000 plus</i>	64
SULFITEFREE.....	CREON.....	146	<i>dentagel</i>	64
CLINOLIPID.....	CRIXIVAN.....	133	DEPO-PROVERA.....	80
<i>clobazam</i>	<i>cromolyn</i>	59, 69, 97	DESCOVY.....	134
<i>clobetasol</i>	<i>cryselle (28)</i>	115	<i>desipramine</i>	128
<i>clobetasol-emollient</i>	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	115	<i>desmopressin</i>	77
<i>clofarabine</i>	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	115	<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i>	116
<i>clomipramine</i>	<i>cyclobenzaprine</i>	148	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	116
<i>clonazepam</i>	<i>cyclopentolate</i>	97	<i>desoximetasone</i>	65
<i>clonidine</i>	<i>cyclophosphamide</i>	5	<i>desvenlafaxine succinate</i>	128
<i>clonidine hcl</i>	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	5	<i>dexamethasone</i>	75
<i>clopidogrel</i>	<i>cyclosporine</i>	81, 82	<i>dexamethasone sodium phos</i> <i>(pf)</i>	75, 76
<i>clorazepate dipotassium</i>	<i>cyclosporine modified</i>	81, 82	<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	76, 95
<i>clotrimazole</i>	<i>cyproheptadine</i>	132	<i>dexmethylphenidate</i>	55
<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	CYRAMZA.....	5	<i>dextroamphetamine</i>	55
<i>clovique</i>	<i>cyred eq</i>	116	<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	55
<i>clozapine</i>	CYSTADANE.....	98	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .	40
COARTEM.....	CYSTARAN.....	97	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	40
<i>codeine sulfate</i>	<i>dalfampridine</i>	55	DIACOMIT.....	123, 124
<i>colchicine</i>	DALIRESP.....	59	<i>diazepam</i>	20, 124
<i>colesevelam</i>	<i>danazol</i>	73	<i>diazepam intensol</i>	20
<i>colestipol</i>	<i>dantrolene</i>	148	<i>diazoxide</i>	98
<i>colistin (colistimethate na)</i>	DANYELZA.....	5	<i>diclofenac epolamine</i>	101
<i>colocort</i>	<i>dapsone</i>	132	<i>diclofenac potassium</i>	101
COMBIGAN.....	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	88	<i>diclofenac sodium</i>	96, 101
COMBIVENT RESPIMAT... 62	<i>daptomycin</i>	108	<i>dicloxacillin</i>	112
COMETRIQ.....	DARZALEX.....	5	<i>dicyclomine</i>	69
COMFORT PAC-	DARZALEX FASPRO.....	5	<i>didanosine</i>	134
CYCLOBENZAPRINE.....	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	116	DIFICID.....	111
COMPLERA.....	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	116	<i>difluprednate</i>	96
<i>compro</i>	DAURISMO.....	6	<i>digitek</i>	45
<i>constulose</i>	<i>daysee</i>	116		
COPAXONE.....	<i>deblitane</i>	116		
COPIKTRA.....				

<i>digox</i>	45	DUAVEE.....	74	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ...	50
<i>digoxin</i>	45	<i>duloxetine</i>	128	ENBREL.....	82
<i>dihydroergotamine</i>	26	DUPIXENT PEN.....	82	ENBREL MINI.....	82
<i>diltiazem hcl</i>	44	DUPIXENT SYRINGE.....	82	ENBREL SURECLICK.....	82
<i>dilt-xr</i>	44	<i>dutasteride</i>	72	ENDARI.....	98
<i>dimenhydrinate</i>	28	<i>econazole</i>	130	<i>endocet</i>	103
<i>dimethyl fumarate</i>	55	EDARBI.....	46	ENERGIX-B (PF).....	88
DIPENTUM.....	51	EDARBYCLOR.....	46	ENERGIX-B PEDIATRIC	
<i>diphenhydramine hcl</i>	132	EDURANT.....	134	(PF).....	88
<i>diphenoxylate-atropine</i>	69, 70	<i>efavirenz</i>	134	ENHERTU.....	6
<i>dipyridamole</i>	144	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	134	<i>enoxaparin</i>	143
<i>disopyramide phosphate</i>	42	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	134	<i>enpresse</i>	116
<i>disulfiram</i>	18	EGRIFTA.....	77	<i>enskyce</i>	116
<i>divalproex</i>	124	EGRIFTA SV.....	77	<i>entacapone</i>	30
<i>dofetilide</i>	42	ELAPRASE.....	146	<i>entecavir</i>	139
<i>donepezil</i>	20	ELIGARD.....	6	ENTRESTO.....	46
DOPTELET (10 TAB PACK)		ELIGARD (3 MONTH).....	6	<i>enulose</i>	70
.....	144	ELIGARD (4 MONTH).....	6	EPCLUSA.....	137
DOPTELET (15 TAB PACK)		ELIGARD (6 MONTH).....	6	EPIDIOLEX.....	124
.....	144	<i>elinest</i>	116	<i>epinastine</i>	97
DOPTELET (30 TAB PACK)		ELIQUIS.....	143	<i>epinephrine</i>	45
.....	144	ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>epitol</i>	124
<i>dorzolamide</i>	92	30D START.....	143	EPIVIR HBV.....	134
<i>dorzolamide-timolol</i>	92	ELITEK.....	146	<i>eplerenone</i>	50
<i>dotti</i>	74	ELLA.....	116	<i>epoprostenol (glycerate)</i>	100
DOVATO.....	134	ELMIRON.....	98	ERBITUX.....	6
<i>doxazosin</i>	41	<i>eluryng</i>	116	<i>ergoloid</i>	20
<i>doxepin</i>	128	EMCYT.....	6	ERGOMAR.....	26
<i>doxercalciferol</i>	52	EMEND.....	28	ERIVEDGE.....	6
<i>doxorubicin</i>	6	EMFLAZA.....	76	ERLEADA.....	6
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	EMGALITY PEN.....	26	<i>erlotinib</i>	6
<i>doxy-100</i>	113	EMGALITY SYRINGE.....	26	<i>errin</i>	116
<i>doxycycline hyclate</i>	113	<i>emoquette</i>	116	<i>ertapenem</i>	109
<i>doxycycline monohydrate</i>	113, 114	EMPLICITI.....	6	<i>ery pads</i>	67
DRIZALMA SPRINKLE.....	128	EMSAM.....	128	<i>erythromycin</i>	94, 111
<i>dronabinol</i>	28	<i>emtricitabine</i>	134	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ...	111
<i>droperidol</i>	28	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> ..	134	<i>erythromycin with ethanol</i>	67
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	116	EMTRIVA.....	134	ESBRIET.....	59
DROXIA.....	6	<i>enalapril maleate</i>	50	<i>escitalopram oxalate</i>	128
<i>droxidopa</i>	41	<i>enalaprilat</i>	50	<i>esomeprazole sodium</i>	68

<i>estarylla</i>	116	<i>femynor</i>	117	<i>flutamide</i>	7
<i>estradiol</i>	74	<i>fenofibrate</i>	47	<i>fluticasone propionate</i>	65, 96
<i>estradiol valerate</i>	74	<i>fenofibrate micronized</i>	47	<i>fluvoxamine</i>	129
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	74	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	47	<i>fomepizole</i>	98
<i>eszopiclone</i>	54	<i>fentanyl</i>	103	<i>fondaparinux</i>	143
<i>ethambutol</i>	132	<i>fentanyl citrate</i>	103	FORTEO	52
<i>ethosuximide</i>	124	FERRIPROX	106	<i>fosamprenavir</i>	134
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ..	116	FERRIPROX (2 TIMES A		<i>fosaprepitant</i>	28
<i>etodolac</i>	101	DAY)	106	<i>foscarnet</i>	138
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ..	116	FETZIMA	128	<i>fosinopril</i>	50
ETOPOPHOS	7	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosphenytoin</i>	124
<i>etoposide</i>	7	INSULIN	23	FOTIVDA	7
<i>etravirine</i>	134	FIASP PENFILL U-100		FREAMINE HBC 6.9 %	40
EUCRISA	65	INSULIN	23	FREAMINE III 10 %	40
EVENITY	52	FIASP U-100 INSULIN	23	FULPHILA	144
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7	<i>finasteride</i>	72	<i>fulvestrant</i>	7
<i>everolimus</i>		FINTEPLA	124	<i>furosemide</i>	49
<i>(immunosuppressive)</i>	82	FIRVANQ	108	FUZEON	134
EVOTAZ	134	FLEBOGAMMA DIF	82	<i>fyavolv</i>	74
EVRYSDI	98	<i>flecainide</i>	42	FYCOMPA	124
<i>exemestane</i>	7	FLOVENT DISKUS	61	<i>gabapentin</i>	124, 125
EXKIVITY	7	FLOVENT HFA	61	GALAFOLD	147
EXONDYS-51	98	<i>floxuridine</i>	7	<i>galantamine</i>	20
EXTAVIA	55	<i>fluconazole</i>	131	GAMASTAN	82
EYSUVIS	96	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	131	GAMIFANT	82
<i>ezetimibe</i>	47	<i>flucytosine</i>	131	GAMMAGARD LIQUID	82
FABRAZYME	146	<i>fludrocortisone</i>	76	GAMMAGARD S-D (IGA <	
<i>falmina (28)</i>	117	<i>flumazenil</i>	56	1 MCG/ML)	82
<i>famciclovir</i>	139	<i>flunisolide</i>	96	GAMMAPLEX	83
<i>famotidine</i>	69	<i>fluocinolone</i>	65	GAMMAPLEX (WITH	
<i>famotidine (pf)</i>	68	<i>fluocinonide</i>	65	SORBITOL)	83
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..	68	<i>fluocinonide-e</i>	65	<i>ganciclovir sodium</i>	139
FANAPT	33	<i>fluoride (sodium)</i>	64	GARDASIL 9 (PF)	88, 89
FARXIGA	21	<i>fluorometholone</i>	96	GATTEX 30-VIAL	70
FARYDAK	7	<i>fluorouracil</i>	7, 66, 67	GAUZE PAD	140
FASENRA	59	<i>fluoxetine</i>	128, 129	<i>gavilyte-c</i>	72
FASENRA PEN	59	<i>fluphenazine decanoate</i>	33	<i>gavilyte-g</i>	72
<i>febuxostat</i>	25	<i>fluphenazine hcl</i>	33	<i>gavilyte-n</i>	72
<i>felbamate</i>	124	<i>flurbiprofen</i>	101	GAVRETO	7
FEMRING	74	<i>flurbiprofen sodium</i>	96	GAZYVA	7

<i>gemfibrozil</i>	47	<i>hailey 24 fe</i>	117	<i>hydralazine</i>	45
<i>generlac</i>	70	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	117	<i>hydrochlorothiazide</i>	49
<i>gengraf</i>	83	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	117	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	103
GENOTROPIN	77	<i>halobetasol propionate</i>	65	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	103
GENOTROPIN		<i>haloperidol</i>	34	<i>hydrocortisone</i>	51, 65, 76
MINIQUICK	77	<i>haloperidol decanoate</i>	33, 34	<i>hydromorphone</i>	103
<i>gentak</i>	94	<i>haloperidol lactate</i>	34	<i>hydromorphone (pf)</i>	103
<i>gentamicin</i>	67, 94, 107	HARVONI	137	<i>hydroxychloroquine</i>	29
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	107	HAVRIX (PF)	89	<i>hydroxyprogesterone</i>	
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	107	<i>heather</i>	117	<i>cap(ppres)</i>	80
GENVOYA	134	<i>heparin (porcine)</i>	143	<i>hydroxyurea</i>	7
GILENYA	56	<i>heparin, porcine (pf)</i>	143	<i>hydroxyzine hcl</i>	132
GILOTRIF	7	HEPATAMINE 8%	40	<i>hydroxyzine pamoate</i>	98
GIVLAARI	142	HERCEPTIN	7	HYPERRAB (PF)	84
<i>glatiramer</i>	56	HERCEPTIN HYLECTA	7	HYPERRAB S/D (PF)	84
<i>glatopa</i>	56	HERZUMA	7	HYQVIA	84
<i>glimepiride</i>	25	HETLIOZ	54	<i>ibandronate</i>	52, 53
<i>glipizide</i>	25	HETLIOZ LQ	54	IBRANCE	7, 8
<i>glipizide-metformin</i>	25	HIBERIX (PF)	89	<i>ibu</i>	101
<i>glyburide</i>	25	HUMATROPE	77	<i>ibuprofen</i>	101
<i>glyburide micronized</i>	25	HUMIRA	83	<i>icatibant</i>	45
<i>glyburide-metformin</i>	25	HUMIRA PEN	83	<i>iclevia</i>	117
<i>glycopyrrolate</i>	70	HUMIRA PEN CROHNS-		ICLUSIG	8
<i>glydo</i>	105	UC-HS START	83	IDHIFA	8
GOCOVRI	30, 31	HUMIRA PEN PSOR-		<i>ifosfamide</i>	8
<i>granisetron (pf)</i>	28	UVEITS-ADOL HS	83	ILARIS (PF)	84
<i>granisetron hcl</i>	28	HUMIRA(CF)	84	ILEVRO	96
GRANIX	145	HUMIRA(CF) PEDI		ILUMYA	84
<i>griseofulvin microsize</i>	131	CROHNS STARTER	83	<i>imatinib</i>	8
<i>guanfacine</i>	41, 56	HUMIRA(CF) PEN	83	IMBRUVICA	8
GVOKE HYOPEN 1-		HUMIRA(CF) PEN		IMFINZI	8
PACK	98	CROHNS-UC-HS	83	<i>imipenem-cilastatin</i>	109
GVOKE HYOPEN 2-		HUMIRA(CF) PEN		<i>imipramine hcl</i>	129
PACK	98	PEDIATRIC UC	83	<i>imiquimod</i>	67
GVOKE PFS 1-PACK		HUMIRA(CF) PEN PSOR-		IMLYGIC	8
SYRINGE	98	UV-ADOL HS	83	IMOGAM RABIES-HT (PF)	84
GVOKE PFS 2-PACK		HUMULIN R U-500		IMOVAX RABIES	
SYRINGE	98	(CONC) INSULIN	23	VACCINE (PF)	89
HAEGARDA	145	HUMULIN R U-500		IMPAVIDO	29
<i>hailey</i>	117	(CONC) KWIKPEN	23	INBRIJA	31

<i>incassia</i>	117	<i>itraconazole</i>	131	KEYTRUDA.....	9
INCRELEX.....	78	<i>ivermectin</i>	29	KINERET.....	84
<i>indapamide</i>	49	IXEMPRA.....	9	KINRIX (PF).....	89
<i>indomethacin</i>	101, 102	IXIARO (PF).....	89	<i>kionex</i>	70
INFANRIX (DTAP) (PF).....	89	<i>jaimiess</i>	117	<i>kionex (with sorbitol)</i>	70
INFLECTRA.....	84	JAKAFI.....	9	KISQALI.....	9
INGREZZA.....	56	<i>jantoven</i>	144	KISQALI FEMARA CO-	
INGREZZA INITIATION		JANUMET.....	21	PACK.....	9
PACK.....	56	JANUMET XR.....	21	<i>klor-con m10</i>	141
INLYTA.....	8	JANUVIA.....	21	<i>klor-con m15</i>	141
INQOVI.....	8	JARDIANCE.....	21	<i>klor-con m20</i>	141
INREBIC.....	8	<i>jasmiel (28)</i>	117	KLOXXADO.....	19
INSULIN SYRINGE-		JEMPERLI.....	9	KORLYM.....	21
NEEDLE U-100.....	140	<i>jencycla</i>	117	KOSELUGO.....	9
INTELENCE.....	134	JENTADUETO.....	21	KRINTAFEL.....	29
INTRALIPID.....	40	JENTADUETO XR.....	21	KRYSTEXXA.....	147
INTRON A.....	138, 139	<i>jinteli</i>	75	<i>kurvelo (28)</i>	118
<i>introvale</i>	117	<i>juleber</i>	117	KYNMOBI.....	31
INVEGA HAFYERA.....	34	JULUCA.....	135	KYPROLIS.....	9
INVEGA SUSTENNA.....	34	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	117	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad...</i>	118
INVEGA TRINZA.....	34, 35	<i>junel 1/20 (21)</i>	117	<i>labetalol</i>	43
INVELTYS.....	96	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	117	LACTATED RINGERS.....	148
INVIRASE.....	134	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	117	<i>lactulose</i>	70
IONOSOL-B IN D5W.....	140	<i>junel fe 24</i>	117	<i>lamivudine</i>	135
IONOSOL-MB IN D5W.....	141	JUXTAPID.....	47	<i>lamivudine-zidovudine</i>	135
IPOL.....	89	JYNARQUE.....	49	<i>lamotrigine</i>	125
<i>ipratropium bromide</i>	62, 97	KABIVEN.....	40	<i>lansoprazole</i>	69
<i>ipratropium-albuterol</i>	63	<i>kalliga</i>	118	LANTUS SOLOSTAR U-100	
<i>irbesartan</i>	46	KALYDECO.....	59	INSULIN.....	23
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	46	KANJINTI.....	9	LANTUS U-100 INSULIN....	23
IRESSA.....	8	KANUMA.....	147	<i>lapatinib</i>	9
ISENTRESS.....	135	<i>kariva (28)</i>	118	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	118
ISENTRESS HD.....	135	KEDRAB (PF).....	84	<i>larin 1/20 (21)</i>	118
<i>isibloom</i>	117	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	118	<i>larin 24 fe</i>	118
ISOLYTE-P IN 5 %		<i>kelnor 1-50 (28)</i>	118	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	118
DEXTROSE.....	141	KESIMPTA PEN.....	56	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	118
ISOLYTE-S.....	141	<i>ketoconazole</i>	131	<i>larissia</i>	118
<i>isoniazid</i>	132	<i>ketorolac</i>	96, 102	<i>latanoprost</i>	92
<i>isosorbide dinitrate</i>	51	KEVEYIS.....	98	LATUDA.....	35
<i>isosorbide mononitrate</i>	51	KEVZARA.....	84	LAZANDA.....	103

<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	137	LOKELMA.....	70	<i>lyza</i>	119
<i>leflunomide</i>	84	LONSURF.....	10	<i>magnesium sulfate</i>	141
LEMTRADA.....	56	<i>loperamide</i>	70	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	141
LENVIMA.....	9	<i>lopinavir-ritonavir</i>	135	<i>magnesium sulfate in water</i>	141
<i>lessina</i>	118	<i>lorazepam</i>	20	<i>malathion</i>	68
<i>letrozole</i>	10	LORBRENA.....	10	<i>maprotiline</i>	129
<i>leucovorin calcium</i>	98, 99	<i>lorcet (hydrocodone)</i>	103	<i>marlissa (28)</i>	119
LEUKERAN.....	10	<i>lorcet hd</i>	103	MARPLAN.....	129
LEUKINE.....	145	<i>lorcet plus</i>	103	MATULANE.....	10
<i>leuprolide</i>	10	<i>loryna (28)</i>	119	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	56
<i>levetiracetam</i>	125	<i>losartan</i>	46	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	56
<i>levobunolol</i>	93	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	46	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	56
<i>levocarnitine</i>	99	LOTEMAX.....	96	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	56
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	99	LOTEMAX SM.....	96	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	56
<i>levocetirizine</i>	132	<i>loteprednol etabonate</i>	96	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	57
<i>levofloxacin</i>	94, 113	<i>lovastatin</i>	47	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	57
<i>levofloxacin in d5w</i>	113	<i>low-ogestrel (28)</i>	119	MAVYRET.....	137
<i>levoleucovorin calcium</i>	99	<i>loxapine succinate</i>	35	MAYZENT.....	57
<i>levonest (28)</i>	118	<i>lo-zumandimine (28)</i>	119	MAYZENT STARTER PACK.....	57
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> ... 118		<i>lubiprostone</i>	70	<i>meclizine</i>	28
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> ... 119		LUCEMYRA.....	19	<i>medroxyprogesterone</i>	80
<i>levora-28</i>	119	LUMAKRAS.....	10	<i>mefenamic acid</i>	102
<i>levothyroxine</i>	73	LUMIGAN.....	93	<i>mefloquine</i>	29
LEXIVA.....	135	LUMOXITI.....	10	<i>megestrol</i>	10, 80
LIBTAYO.....	10	LUPRON DEPOT.....	10, 78	MEKINIST.....	10, 11
<i>lidocaine</i>	105	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	10, 78	MEKTOVI.....	11
<i>lidocaine (pf)</i>	42, 105	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	10	<i>meloxicam</i>	102
<i>lidocaine hcl</i>	105	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	10	<i>memantine</i>	20
<i>lidocaine viscous</i>	105	LUPRON DEPOT-PED.....	78	MENACTRA (PF).....	89
<i>lidocaine-prilocaine</i>	105	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	78	MENQUADFI (PF).....	90
<i>lillow (28)</i>	119	<i>lutera (28)</i>	119	MENVEO A-C-Y-W-135- DIP (PF).....	90
<i>linezolid</i>	108	LYBALVI.....	35		
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	108	<i>lyleq</i>	119		
LINZESS.....	70	<i>lyllana</i>	75		
<i>liothyronine</i>	73	LYNPARZA.....	10		
<i>lisinopril</i>	50	LYSODREN.....	10		
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ... 50					
<i>lithium carbonate</i>	56				
LIVALO.....	47				
<i>lojaimiess</i>	119				

MEPSEVII.....	147	<i>miglustat</i>	147	NARCAN.....	19
<i>mercaptopurine</i>	11	<i>mili</i>	119	NATACYN.....	94
<i>meropenem</i>	109	<i>milrinone</i>	45	NATPARA.....	53
<i>merzee</i>	119	<i>mimvey</i>	75	NAYZILAM.....	125
<i>mesalamine</i>	51, 52	<i>minitran</i>	51	<i>nebivolol</i>	43
<i>mesna</i>	99	<i>minocycline</i>	114	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	119
MESNEX.....	99	<i>minoxidil</i>	51	<i>nefazodone</i>	129
<i>metaproterenol</i>	63	<i>mirtazapine</i>	129	<i>neomycin</i>	107
<i>metformin</i>	21, 22	<i>misoprostol</i>	69	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	94
<i>methadone</i>	103, 104	MITIGARE.....	25	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>methadose</i>	104	<i>mitoxantrone</i>	11	<i>polymyxin</i>	94
<i>methenamine hippurate</i>	108	M-M-R II (PF).....	90	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	67
<i>methimazole</i>	73	<i>molindone</i>	35	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>methocarbamol</i>	148	<i>mometasone</i>	65, 66, 96	<i>dexameth</i>	94
<i>methotrexate sodium</i>	11	<i>mondoxyne nl</i>	114	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11	MONJUVI.....	11	<i>gramicidin</i>	94
<i>methoxsalen</i>	67	<i>mono-lynyah</i>	119	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	94
<i>methscopolamine</i>	70	<i>montelukast</i>	61, 62	<i>neo-polycin</i>	95
<i>methyldopa</i>	41	<i>morphine</i>	104	<i>neo-polycin hc</i>	95
<i>methyldopa-</i>		MORPHINE.....	104	NEOSPORIN GU	
<i>hydrochlorothiazide</i>	41	<i>morphine concentrate</i>	104	IRRIGANT.....	68
<i>methylphenidate hcl</i>	57	MOVANTIK.....	70	NEPHRAMINE 5.4 %.....	40
<i>methylprednisolone</i>	76	<i>moxifloxacin</i>	94, 113	NERLYNX.....	11
<i>methylprednisolone acetate</i>	76	MOZOBIL.....	145	NEULASTA.....	145
<i>methylprednisolone sodium</i>		MULPLETA.....	145	NEUPOGEN.....	145
<i>succ</i>	76	MULTAQ.....	42	NEUPRO.....	31
<i>metipranolol</i>	93	<i>mupirocin</i>	67	<i>nevirapine</i>	135
<i>metoclopramide hcl</i>	70	MVASI.....	11	NEXAVAR.....	11
<i>metolazone</i>	49	<i>mycophenolate mofetil</i>	85	NEXLETOL.....	48
<i>metoprolol succinate</i>	43	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	84	NEXLIZET.....	48
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	43	MYLOTARG.....	11	<i>niacin</i>	48
<i>metoprolol tartrate</i>	43	MYRBETRIQ.....	72	<i>niacor</i>	48
<i>metronidazole</i>	67, 106, 108	<i>nabumetone</i>	102	<i>nicardipine</i>	47
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	108	<i>nafacillin</i>	112	NICOTROL.....	19
<i>metyrosine</i>	45	<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i>	112	<i>nifedipine</i>	47
<i>mexiletine</i>	42	NAGLAZYME.....	147	<i>nikki (28)</i>	119
MIACALCIN.....	53	<i>naloxone</i>	19	<i>nilutamide</i>	11
<i>miconazole-3</i>	131	<i>naltrexone</i>	19	NINLARO.....	11
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	119	NAMZARIC.....	20, 21	<i>nitazoxanide</i>	29
<i>midodrine</i>	41	<i>naproxen</i>	102	<i>nitisinone</i>	147

<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	108	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	24	<i>omeprazole</i>	69
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst</i>	108	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	24	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	69
<i>nitroglycerin</i>	51	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	24	OMNIPOD / VGO.....	140
NITYR.....	147	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	24	OMNITROPE.....	79
NIVESTYM.....	145	NOXAFIL.....	131	ONCASPAR.....	11
<i>nizatidine</i>	69	NUBEQA.....	11	<i>ondansetron</i>	28
NOC DURNA (MEN).....	78	NUCALA.....	59, 60	<i>ondansetron hcl</i>	28
NOC DURNA (WOMEN).....	78	NUEDEXTA.....	57	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	28
NORDITROPIN FLEXPEN.....	78	NULOJIX.....	85	ONIVYDE.....	11
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	119	NUPLAZID.....	35	ONTRUZANT.....	12
<i>norethindrone acetate</i>	80	NURTEC ODT.....	26	ONUREG.....	12
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	75, 120	NUTRILIPID.....	40	OPDIVO.....	12
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	119, 120	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	78	OPSUMIT.....	100
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	120	<i>nyamyc</i>	131	<i>oralone</i>	64
<i>norlyda</i>	120	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	120	ORENCIA.....	85
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE.....	141	<i>nymyo</i>	120	ORENCIA (WITH MALTOSSE).....	85
NORMOSOL-R.....	141	<i>nystatin</i>	131	ORENCIA CLICKJECT.....	85
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	120	<i>nystop</i>	131	ORFADIN.....	147
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	120	NYVEPRIA.....	145	ORGOVYX.....	79
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	120	OALIVA.....	70	ORILISSA.....	79
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	120	OCREVUS.....	57	ORKAMBI.....	60
<i>nortriptyline</i>	129	OCTAGAM.....	85	ORLADEYO.....	145
NORVIR.....	135	<i>octreotide acetate</i>	78, 79	<i>orsythia</i>	120
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	23	ODEFSEY.....	135	<i>oseltamivir</i>	138
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	23	ODOMZO.....	11	OSMOLEX ER.....	31
NOVOLIN N FLEXPEN.....	24	OFEV.....	60	OTEZLA.....	85
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	24	<i>ofloxacin</i>	95	OTEZLA STARTER.....	85
NOVOLIN R FLEXPEN.....	24	<i>ogestrel (28)</i>	120	<i>oxcarbazepine</i>	125
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN.....	24	OGIVRI.....	11	OXLUMO.....	99
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	24	<i>olanzapine</i>	35	OXTELLAR XR.....	125
		<i>olmesartan</i>	46	<i>oxybutynin chloride</i>	72, 73
		<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>oxycodone</i>	104
		<i>olopatadine</i>	97	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	104
		OLUMIANT.....	85	<i>oxycodone-aspirin</i>	104
		<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	48	OXYCONTIN.....	104
				OZEMPIC.....	22
				<i>pacerone</i>	42
				PADCEV.....	12

<i>paliperidone</i>	35	PHESGO.....	12	<i>prednisolone acetate</i>	96
PALYNZIQ.....	147	<i>philith</i>	120	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	76, 96
PANRETIN.....	67	PHOSLYRA.....	71	<i>prednisone</i>	76
<i>pantoprazole</i>	69	PICATO.....	67	<i>pregabalin</i>	126
<i>paricalcitol</i>	53	PIFELTRO.....	135	PREMARIN.....	75
<i>paroex oral rinse</i>	64	<i>pilocarpine hcl</i>	64, 93	PREMPHASE.....	75
<i>paromomycin</i>	29	<i>pimecrolimus</i>	66	PREMPRO.....	75
<i>paroxetine hcl</i>	129	<i>pimozide</i>	35	PRETOMANID.....	132
PAXIL.....	129	<i>pimtrea (28)</i>	120	<i>prevalite</i>	48
PEDIARIX (PF).....	90	<i>pioglitazone</i>	22	<i>previfem</i>	121
PEDVAX HIB (PF).....	90	<i>piperacillin-tazobactam</i>	112	PREVYMIS.....	138
PEGANONE.....	125	PIQRAY.....	12	PREZCOBIX.....	136
PEGASYS.....	139	<i>pirmella</i>	120, 121	PREZISTA.....	136
PEGINTRON.....	139	PLASMA-LYTE 148.....	141	PRIFTIN.....	132
PEMAZYRE.....	12	PLASMA-LYTE A.....	141	PRIMAQUINE.....	30
PEN NEEDLE, DIABETIC.....	140	PLEGRIDY.....	57	<i>primidone</i>	126
<i>penicillamine</i>	106	<i>podofilox</i>	67	PRIVIGEN.....	85
<i>penicillin g potassium</i>	112	POLIVY.....	12	PROAIR RESPICLICK.....	63
<i>penicillin g procaine</i>	112	<i>polycin</i>	95	<i>probenecid</i>	25
<i>penicillin v potassium</i>	112	<i>polymyxin b sulfate</i>	108	<i>probenecid-colchicine</i>	25
PENNSAID.....	102	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	95	<i>procainamide</i>	42
PENTACEL (PF).....	90	POMALYST.....	12	PROCALAMINE 3%.....	41
<i>pentamidine</i>	29	PONVORY.....	58	<i>prochlorperazine</i>	28
<i>pentoxifylline</i>	144	PONVORY 14-DAY STARTER PACK.....	58	<i>prochlorperazine edisylate</i>	28
PEPAXTO.....	12	<i>portia 28</i>	121	<i>prochlorperazine maleate</i>	28
PERIKABIVEN.....	41	PORTRAZZA.....	12	<i>procto-med hc</i>	66
<i>perindopril erbumine</i>	50	<i>posaconazole</i>	131	<i>proctosol hc</i>	66
<i>periogard</i>	64	<i>potassium chloride</i>	142	<i>proctozone-hc</i>	66
<i>permethrin</i>	68	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	142	<i>progesterone</i>	80
<i>perphenazine</i>	35	<i>potassium citrate</i>	142	<i>progesterone micronized</i>	80
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	129	PRADAXA.....	144	PROGRAF.....	85
PERSERIS.....	35	PRALUENT PEN.....	48	PROLASTIN-C.....	60
<i>pfizerpen-g</i>	112	<i>pramipexole</i>	31	PROLENSA.....	96
<i>phenadoz</i>	28	<i>prasugrel</i>	144	PROLEUKIN.....	12
<i>phenelzine</i>	129	<i>pravastatin</i>	48	PROLIA.....	53
<i>phenobarbital</i>	125	<i>prazosin</i>	42	PROMACTA.....	145, 146
<i>phenylephrine hcl</i>	42	<i>prednicarbate</i>	66	<i>promethazine</i>	29, 132
<i>phenytoin</i>	125	<i>prednisolone</i>	76	<i>promethegan</i>	29
<i>phenytoin sodium</i>	125, 126			<i>propafenone</i>	42
<i>phenytoin sodium extended</i>	125				

<i>proparacaine</i>	97	REPATHA SYRINGE.....	48	<i>rufinamide</i>	126
<i>propranolol</i>	43	RESCRIPTOR.....	136	RUKOBIA.....	136
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	43	RESTASIS.....	96	RUXIENCE.....	13
<i>propylthiouracil</i>	73	RETACRIT.....	146	RYBELSUS.....	22
PROQUAD (PF).....	90	RETEVMO.....	12, 13	RYBREVANT.....	13
PROSOL 20 %.....	41	RETROVIR.....	136	RYDAPT.....	13
<i>protamine</i>	142	REVCovi.....	147	SAIZEN.....	79
<i>protriptyline</i>	129	REVLIMID.....	13	SAIZEN CLICK.EASY.....	79
PULMOZYME.....	147	<i>revonto</i>	148	SAIZEN SAIZENPREP.....	79
PURIXAN.....	12	REXULTI.....	35, 36	<i>sajazir</i>	45
<i>pyrazinamide</i>	132	REYATAZ.....	136	SANDOSTATIN LAR	
<i>pyridostigmine bromide</i>	99	REYVOW.....	26	DEPOT.....	79
<i>pyrimethamine</i>	30	REZUROCK.....	86	SANTYL.....	67
QINLOCK.....	12	RHOPRESSA.....	93	<i>sapropterin</i>	147
QUADRACEL (PF).....	90	RIABNI.....	13	SARCLISA.....	13
<i>quetiapine</i>	35	<i>ribasphere</i>	139	SAVELLA.....	58
<i>quinapril</i>	50	<i>ribavirin</i>	139	<i>scopolamine base</i>	29
<i>quinidine sulfate</i>	42	RIDAURA.....	86	SECUADO.....	36
RABAVERT (PF).....	90	<i>rifabutin</i>	133	<i>selegiline hcl</i>	31
RADICAVA.....	58	<i>rifampin</i>	133	<i>selenium sulfide</i>	68
<i>raloxifene</i>	75	<i>riluzole</i>	58	SELZENTRY.....	136
<i>ramipril</i>	50	<i>rimantadine</i>	138	SE-NATAL-19.....	148
<i>ranolazine</i>	45	RINVOQ.....	86	SEREVENT DISKUS.....	63
<i>rasagiline</i>	31	<i>risedronate</i>	53	SEROSTIM.....	79
RASUVO (PF).....	85	RISPERDAL CONSTA.....	36	<i>sertraline</i>	129
RAVICTI.....	70	<i>risperidone</i>	36	<i>setlakin</i>	121
RAYALDEE.....	53	<i>ritonavir</i>	136	<i>sevelamer carbonate</i>	71
REBIF (WITH ALBUMIN).....	58	RITUXAN.....	13	<i>sevelamer hcl</i>	71
REBIF REBIDOSE.....	58	RITUXAN HYCELA.....	13	<i>sf 5000 plus</i>	64
REBIF TITRATION PACK.....	58	<i>rivastigmine</i>	21	<i>sharobel</i>	121
<i>reclipsen (28)</i>	121	<i>rivastigmine tartrate</i>	21	SHINGRIX (PF).....	91
RECOMBIVAX HB (PF).....	90	<i>rizatriptan</i>	26	SIGNIFOR.....	79
RECTIV.....	99	ROCKLATAN.....	93	SIKLOS.....	143
RELENZA DISKHALER... ..	138	<i>ropinirole</i>	31	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	100
RELISTOR.....	71	<i>rosadan</i>	68	SILIQ.....	86
REMICADE.....	86	<i>rosuvastatin</i>	48	<i>silver sulfadiazine</i>	68
RENFLEXIS.....	86	ROTARIX.....	91	SIMBRINZA.....	93
<i>repaglinide</i>	22	ROTATEQ VACCINE.....	91	<i>simliya (28)</i>	121
REPATHA PUSHTRONEX.....	48	ROZLYTREK.....	13	<i>simpeisse</i>	121
REPATHA SURECLICK.....	48	RUBRACA.....	13	SIMPONI.....	86

SIMPONI ARIA.....	86	STRIVERDI RESPIMAT	63	TAFINLAR.....	14
<i>simvastatin</i>	48	SUBLOCADE.....	19	TAGRISSE.....	14
<i>sirolimus</i>	86	<i>subvenite</i>	126	TAKHZYRO.....	99
SIRTURO.....	133	<i>sucrafate</i>	69	TALTZ AUTOINJECTOR....	87
SKYRIZI.....	86	<i>sulfacetamide sodium</i>	95	TALTZ SYRINGE.....	87
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	142	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	68	TALTZ SYRINGE (2	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	64	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	95	PACK).....	87
<i>sodium phenylbutyrate</i>	71	<i>sulfadiazine</i>	113	TALTZ SYRINGE (3	
<i>sodium polystyrene (sorb free)</i> .	71	<i>sulfamethoxazole-</i>		PACK).....	87
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	71	<i>trimethoprim</i>	113	TALZENNA.....	14
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	137	<i>sulfasalazine</i>	52	<i>tamoxifen</i>	14
SOLQUA 100/33.....	24	<i>sulindac</i>	102	<i>tamsulosin</i>	72
SOLTAMOX.....	13	<i>sumatriptan</i>	26, 27	TARGRETIN.....	14
SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan succinate</i>	27	<i>tarina 24 fe</i>	121
VIAL (PF).....	77	<i>sunitinib</i>	13	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	121
SOMATULINE DEPOT	80	SUNOSI.....	54	TASIGNA.....	14
SOMAVERT.....	80	SUPPRELIN LA.....	80	TAVALISSE.....	143
<i>sorine</i>	44	SUPREP BOWEL PREP		<i>tazarotene</i>	68
<i>sotalol</i>	44	KIT	72	TAZORAC.....	68
<i>sotalol af</i>	44	SUTAB.....	72	<i>taztia xt</i>	44
SOVALDI.....	137	<i>syeda</i>	121	TAZVERIK.....	14
SPIRIVA RESPIMAT	63	SYLATRON.....	13	TDVAX.....	91
SPIRIVA WITH		SYLVANT.....	14	TECENTRIQ.....	14
HANDIHALER.....	63	SYMBICORT.....	61	TEFLARO.....	110
<i>spironolactone</i>	49	SYMDEKO.....	60	<i>telmisartan</i>	46
SPRAVATO.....	129	SYMJEPI.....	45	<i>temazepam</i>	20
<i>sprintec (28)</i>	121	SYMLINPEN 120.....	22	TEMIXYS.....	136
SPRITAM.....	126	SYMLINPEN 60.....	22	TEMODAR.....	14
SPRYCEL.....	13	SYMPAZAN.....	126	TENIVAC (PF).....	91
<i>sps (with sorbitol)</i>	71	SYMTUZA.....	136	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	136
<i>sronyx</i>	121	SYNAGIS.....	138	TEPEZZA.....	97
<i>ssd</i>	68	SYNAREL.....	80	TEPMETKO.....	14
<i>stavudine</i>	136	SYNERCID.....	108	<i>terazosin</i>	72
STELARA.....	86	SYNJARDY.....	22	<i>terbinafine hcl</i>	131
STERILE PADS.....	140	SYNJARDY XR.....	22	<i>terbutaline</i>	63
STIOLTO RESPIMAT	63	SYNRIBO.....	14	<i>terconazole</i>	106
STIVARGA.....	13	TABLOID.....	14	<i>testosterone</i>	73, 74
STRENSIQ.....	147	TABRECTA.....	14	<i>testosterone cypionate</i>	73
<i>streptomycin</i>	107	<i>tacrolimus</i>	66, 87	<i>testosterone enanthate</i>	73
STRIBILD.....	136	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> 100			

TETANUS,DIPHThERIA		
TOX PED(PF).....	91	
tetrabenazine.....	58	
tetracycline.....	114	
THALOMID.....	99	
theophylline.....	63	
THIOLA EC.....	72	
thioridazine.....	36	
thiotepa.....	14	
thiothixene.....	36	
tiadylt er.....	44	
tiagabine.....	126	
TIBSOVO.....	14	
TICE BCG.....	14	
tigecycline.....	114	
timolol maleate.....	44, 93	
tiopronin.....	72	
TIVDAK.....	15	
TIVICAY.....	136	
TIVICAY PD.....	136	
tizanidine.....	148	
TOBI PODHALER.....	107	
tobramycin.....	95, 107	
tobramycin in 0.225 % nacl.....	107	
tobramycin sulfate.....	107	
tobramycin-dexamethasone.....	95	
TOLAK.....	67	
tolterodine.....	73	
topiramate.....	126	
toposar.....	15	
toremifene.....	15	
torse mide.....	49	
TOTECT.....	99	
TOUJEO MAX U-300		
SOLOSTAR.....	24	
TOUJEO SOLOSTAR U-300		
INSULIN.....	24	
TOVIAZ.....	73	
TRACLEER.....	100	
TRADJENTA.....	22	
tramadol.....	105	
tramadol-acetaminophen.....	105	
trandolapril.....	50	
tranexamic acid.....	143	
tranylcypro mine.....	130	
TRAVASOL 10 %.....	41	
travoprost.....	93	
travoprost (benzalkonium).....	93	
TRAZIMERA.....	15	
trazodone.....	130	
TREANDA.....	15	
TRECTOR.....	133	
TRELEGY ELLIPTA.....	63	
TRELSTAR.....	15	
TREMFYA.....	87	
treprostinil sodium.....	100	
tretinoin.....	68	
tretinoin (antineoplastic).....	15	
tri femynor.....	121	
triamcinolone acetonide 64, 66, 77		
triamterene-hydrochlorothiazid		
.....	49, 50	
trientine.....	106	
tri-estarylla.....	121	
trifluoperazine.....	36	
trifluridine.....	95	
trihexyphenidyl.....	31	
TRIKAFTA.....	60	
tri-legest fe.....	121	
tri-lynyah.....	121	
tri-lo-estarylla.....	121	
tri-lo-marzia.....	121	
tri-lo-mili.....	121	
tri-lo-sprintec.....	122	
trilyte with flavor packets.....	72	
trimethoprim.....	108	
tri-mili.....	122	
trimipramine.....	130	
TRINTELLIX.....	130	
tri-nymyo.....	122	
tri-previfem (28).....	122	
TRIPTODUR.....	80	
tri-sprintec (28).....	122	
TRIUMEQ.....	136	
trivora (28).....	122	
tri-vylibra.....	122	
tri-vylibra lo.....	122	
TRODELVY.....	15	
TROGARZO.....	136	
TROPHAMINE 10 %.....	41	
TROPHAMINE 6%.....	41	
tros pium.....	73	
TRULICITY.....	22	
TRUMENBA.....	91	
TRUSELTIQ.....	15	
TRUXIMA.....	15	
TUKYSA.....	15	
tulana.....	122	
TURALIO.....	15	
TWINRIX (PF).....	91	
tyblume.....	122	
TYBOST.....	99	
TYMLOS.....	53	
TYPHIM VI.....	91	
TYSABRI.....	87	
TYVASO.....	100	
UBRELVY.....	27	
UCERIS.....	52	
UDENYCA.....	146	
UKONIQ.....	15	
UNITUXIN.....	16	
UPTRAVI.....	100	
ursodiol.....	71	
valacyclovir.....	139	
VALCHLOR.....	67	
valganciclovir.....	139	
valproate sodium.....	126	
valproic acid.....	126	
valproic acid (as sodium salt).....	126	
valrubicin.....	16	

<i>valsartan</i>	46	<i>volnea (28)</i>	122	XTAMPZA ER.....	105
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	46	<i>voriconazole</i>	131, 132	XTANDI.....	17
VALTOCO.....	126	VOSEVI.....	138	<i>xulane</i>	122
<i>vancomycin</i>	108	VOTRIENT.....	16	XULTOPHY 100/3.6.....	25
VAQTA (PF).....	91, 92	VPRIV.....	147	XURIDEN.....	99
<i>varenicline</i>	19	VRAYLAR.....	36	XYOSTED.....	74
VARIVAX (PF).....	92	VUMERITY.....	58	XYREM.....	54
VASCEPA.....	48	VYEPTI.....	27	XYWAV.....	54
VEKLURY.....	139	<i>vyfemla (28)</i>	122	YERVOY.....	17
VELCADE.....	16	<i>vylibra</i>	122	YF-VAX (PF).....	92
<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	122	VYNDAMAX.....	46	YONDELIS.....	17
VELPHORO.....	71	VYNDAQEL.....	46	YONSA.....	17
VEMLIDY.....	136	VYXEOS.....	16	<i>yuvafem</i>	75
VENCLEXTA.....	16	<i>warfarin</i>	144	<i>zafemy</i>	122
VENCLEXTA STARTING		WELCHOL.....	48	<i>zafirlukast</i>	62
PACK.....	16	WELIREG.....	16	<i>zaleplon</i>	54
<i>venlafaxine</i>	130	<i>wera (28)</i>	122	<i>zarah</i>	123
<i>verapamil</i>	44, 45	XADAGO.....	31	ZARXIO.....	146
VERSACLOZ.....	36	XALKORI.....	16	ZEJULA.....	17
VERZENIO.....	16	XARELTO.....	144	ZELBORAF.....	17
<i>vestura (28)</i>	122	XARELTO DVT-PE TREAT		<i>zenatane</i>	67
VIBERZI.....	71	30D START.....	144	ZENPEP.....	148
VICTOZA.....	22	XATMEP.....	16	ZEPATIER.....	138
VIDEX 2 GRAM		XCOPRI.....	127	ZEPOSIA.....	58
PEDIATRIC.....	137	XCOPRI MAINTENANCE		ZEPOSIA STARTER KIT.....	58
VIEKIRA PAK.....	138	PACK.....	127	ZEPOSIA STARTER PACK.....	58
<i>vienna</i>	122	XCOPRI TITRATION		ZEPZELCA.....	17
<i>vigabatrin</i>	126	PACK.....	127	<i>zidovudine</i>	137
<i>vigadron</i>	127	XELJANZ.....	87	ZIEXTENZO.....	146
VIIBRYD.....	130	XELJANZ XR.....	87	<i>ziprasidone hcl</i>	36
VIMIZIM.....	147	XERMELO.....	71	<i>ziprasidone mesylate</i>	36
VIMPAT.....	127	XGEVA.....	53	ZIRABEV.....	17
<i>vinorelbine</i>	16	XHANCE.....	96	ZIRGAN.....	95
<i>violele (28)</i>	122	XIFAXAN.....	109	ZOLADEX.....	17, 18
VIRACEPT.....	137	XIGDUO XR.....	23	<i>zoledronic acid</i>	53
VIREAD.....	137	XIIDRA.....	97	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> ..	53
VISTOGARD.....	99	XOFLUZA.....	138	ZOLINZA.....	18
VITRAKVI.....	16	XOLAIR.....	60	<i>zolpidem</i>	54
VIZIMPRO.....	16	XOSPATA.....	16	ZOMACTON.....	80
VOCABRIA.....	137	XPOVIO.....	16, 17	<i>zonisamide</i>	127

ZORBTIVE.....	80
ZORTRESS.....	87
ZOSTAVAX (PF).....	92
<i>zovia 1/35e (28)</i>	123
ZTLIDO.....	105
ZULRESSO.....	130
<i>zumandimine (28)</i>	123
ZYDELIG.....	18
ZYKADIA.....	18
ZYLET.....	95
ZYNLONTA.....	18
ZYPREXA RELPREVV	37
ZYTIGA.....	18