

Medicare Health Advantage de VillageCareMAX (HMO D-SNP)

Formulario 2022

(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: 00022055, versión: 6

Este formulario fue actualizado el 10/5/2021. 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 10/5/2021. 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 2022 que estuvo cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, 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 10/5/2021. 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	17
Agentes Antiansiedad.....	18
Agentes Antidemencia.....	19
Agentes Antidiabetico	19
Agentes Antigota	23
Agentes Antimigraña	23
Agentes Antinausea.....	25
Agentes Antiparasitarios	26
Agentes Antiparkinson	27
Agentes Antipsicóticos	29
Agentes Calóricos.....	33
Agentes Cardiovasculares.....	35
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	44
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	45
Agentes De Trastorno De Sueño.....	46
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	47
Agentes Del Tracto Respiratorio	50
Agentes Dentales Y Orales.....	54
Agentes Dermatológicos.....	55
Agentes Gastrointestinales.....	59
Agentes Genitourinarios	63
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador.....	63
Agentes Inmunológicos	69
Agentes Oftálmicos	77
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	78
Agentes Terapeuticos Misceláneos	82

Agentes Vasodilatadores	84
Analgésicos	85
Anestésicos	88
Antagonistas De Metales Pesados	89
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	90
Antibacterianos	90
Anticonceptivos	97
Anticonvulsivos	105
Antidepresivos	109
Antifúngicos	112
Antihistamínicos	113
Antimicobacteriales	114
Antivirales (Sitémico)	114
Dispositivos	120
Preparaciones De Reemplazo	154
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	156
Reemplazo/Modificadores De Enzima	159
Relajantes Musculares Esqueléticos	160

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA BvD
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</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)
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	
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION 750 UNIT/ML	1	PA NSO
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/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
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
BESPO NSA 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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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>doxorubicin, peg-liposomal</i> (Doxil) <i>intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD
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)
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 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	1	PA NSO; QL (28 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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> (Eulexin)	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)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; QL (30 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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 X 2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA NSO
<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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 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)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	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	
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)
PHEGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,200 MG-600MG-30000 UNIT/15ML	1	PA NSO; QL (15 per 21 days)
PHEGO 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	PA NSO
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 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
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)
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)
TAGRISO 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
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)
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG	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
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 (dr/ec) 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	
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i> (Tranxene T-Tab)	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i> (Diazepam Intensol)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	1	QL (300 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
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)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Precose)	1	QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 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
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	1	PA; QL (112 per 28 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)
<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	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	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)
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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)
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 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin aspart u-100)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30) (insulin asp prt-insulin aspart)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin aspart u-100)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	1	QL (13.5 per 28 days)
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	
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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) 1 mg/ml	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	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)
<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 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i> (Imitrex)	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous 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)
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 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	1	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	1	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	1	
ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 8 mg	1	PA BvD
ondansetron hcl oral tablet 4 mg (Zofran)	1	PA BvD
ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg	1	PA BvD
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml	1	
prochlorperazine maleate oral tablet (Compazine) 10 mg, 5 mg	1	
prochlorperazine rectal suppository (Compro) 25 mg	1	
promethazine injection solution 25 (Phenergan) mg/ml, 50 mg/ml	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethazine rectal suppository 50 (Promethegan) mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
promethegan rectal suppository 12.5 (promethazine) mg, 25 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
scopolamine base transdermal patch (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days	1	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
albendazole oral tablet 200 mg (Albenza)	1	
atovaquone oral suspension 750 (Mepron) mg/5 ml	1	
atovaquone-proguanil oral tablet (Malarone) 250-100 mg	1	
atovaquone-proguanil oral tablet (Malarone Pediatric) 62.5-25 mg	1	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg	1	QL (50 per 30 days)
chloroquine phosphate oral tablet 500 mg	1	QL (25 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
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	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA; QL (42 per 7 days)
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
APOKYN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/ML	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 50) <i>tablet 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 75) <i>tablet 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 100) <i>tablet 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 125) <i>tablet 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 150) <i>tablet 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 200) <i>tablet 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	1	
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,</i> (Mirapex) <i>0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5</i> <i>mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5</i> <i>mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<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</i> <i>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
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
<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	QL (60 per 30 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 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 (Haldol Decanoate) solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular (Haldol Decanoate) solution 50 mg/ml</i>	1	
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	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)
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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
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 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	1	QL (90 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i> (Seroquel)	1	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	1	ST; QL (120 per 30 days)
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 (2 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</i> (Risperdal)	1	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 4 mg</i> (Risperdal)	1	QL (120 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	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, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon) recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
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 II 15 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	1	PA BvD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF 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%/D5W SULFIT 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 SUL 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
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
<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 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8 %	1	PA BvD
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	PA BvD
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5.4 %	1	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	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
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	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>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	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 Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	
<i>pacerone oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<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	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (nebivolol)	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>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 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	
<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		

Puede encontrar información sobre qué significan 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>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem 24h er(cd) 300 mg cp 300 mg</i> (Cartia XT)	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	
<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	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	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>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>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i> (Ranexa)	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i> (Ranexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	1	PA; QL (18 per 30 days)
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	1	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	1	QL (60 per 30 days)
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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	
<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	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i> (Colestid)	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>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	
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>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, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA 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)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i> (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)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	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	
Vasodilatadores		
<i>BIDIL ORAL TABLET 20-37.5 MG</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titrados)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<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/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</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/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Minitran)	1	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>aloseptron 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	
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	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 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 (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	
UCERIS RECTAL FOAM 2 MG/ACTUATION	1	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea 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) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EVENITY SUBCUTANEOUS SYRINGE 105 MG/1.17 ML, 210MG/2.34ML (105MG/1.17MLX2)	1	PA; QL (2.34 per 30 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i> (Boniva)	1	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; QL (2 per 28 days)
<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	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 (dr/ec) 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)
Agentes De Trastorno De Sueño		

Puede encontrar información sobre qué significan 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		
<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)
<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; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; 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)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i> (Cafcit)	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	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
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	1	PA; QL (12 per 28 days)
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine oral tablet 10 mg (Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine oral tablet 15 mg, 5 mg (Zenzedi)	1	QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine oral tablet 20 mg, 30 mg (Zenzedi)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (Tecfidera)	1	PA; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	1	PA
dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg (Tecfidera)	1	PA; QL (60 per 30 days)
flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml	1	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml (Copaxone)	1	PA; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml (Copaxone)	1	PA; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml (glatiramer)	1	PA; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml (glatiramer)	1	PA; QL (12 per 28 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Intuniv ER)	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
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 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
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	1	PA; QL (2800 per 28 days)
<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, 25 mg</i> (Xenazine)	1	PA; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	1	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	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 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG	1	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
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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados		
ADVAIR DISKUS INHALATION (fluticasone propion- BLISTER WITH DEVICE 100-50 salmeterol) MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	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)
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</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
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 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	1	QL (24 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	1	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA (budesonide-formoterol) AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	1	QL (30.6 per 30 days)
Antileucotrinós		
montelukast oral tablet 10 mg (Singulair)	1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg (Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg (Accolate)	1	
Broncodilatadores		
albuterol 5 mg/ml solution 5 mg/ml	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (ProAir HFA)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)	1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	1	
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	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 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
<i>metaproterenol oral syrup 10 mg/5 ml</i>	1	
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 30 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 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)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	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>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> (Oralone)	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	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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>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 2.5% cream 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	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	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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	
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	1	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Dovonex)	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM (alcohol swabs)	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i> (Aldara)	1	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES (alcohol swabs)	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	
ULILET ALCOHOL STERL SWAB (alcohol swabs)	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	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>erythromycin with ethanol topical gel</i> (Erygel) 2 %	1	QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i> 2 %	1	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream</i> 0.1 %	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment</i> 0.1 %	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream</i> 0.75 % (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel</i> 0.75 % (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel</i> 1 % (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion</i> 0.75 % (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment</i> 2 % (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</i> 40 mg-200,000 unit/ml	1	
<i>rosadan topical cream</i> 0.75 % (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion</i> 2.5 %	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream</i> 1 % (SSD)	1	
<i>ssd topical cream</i> 1 % (silver sulfadiazine)	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension</i> 10 % (Klaron)	1	
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion</i> 0.5 % (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream</i> 5 % (Elimite)	1	
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream</i> 0.1 % (Differin)	1	
<i>adapalene topical gel</i> 0.1 % (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream</i> 0.1 % (Tazorac)	1	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	1	
<i>tretinoin topical cream</i> 0.025 % (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical cream</i> 0.05 %, 0.1 % (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel</i> 0.01 % (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel</i> 0.025 % (Avita)	1	PA
<i>tretinoin topical gel</i> 0.05 % (Atralin)	1	PA
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>cimetidine hcl oral solution</i> 300 mg/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
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg (Nexium)	1	QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
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	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	1	
famotidine oral tablet 20 mg (Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg (Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg (Cytotec)	1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	1	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 40 mg	1	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg	1	
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg (Protonix)	1	
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg (Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg (AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
sucralfate oral tablet 1 gram (Carafate)	1	
Agentes Gastrointestinales, Otros		
CARBAGLU ORAL TABLET, DISPERSIBLE 200 MG (carglumic acid)	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>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	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>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	1	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	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)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 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
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	1	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg (Buphenyl)	1	
sodium polystyrene (sorb free) oral suspension 15 gram/60 ml	1	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	1	
ursodiol oral capsule 300 mg	1	
ursodiol oral tablet 250 mg (URSO 250)	1	
ursodiol oral tablet 500 mg (URSO Forte)	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; QL (90 per 30 days)
Enlaces De Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	1	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	1	
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	1	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram (Renvela)	1	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg (Renvela)	1	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg	1	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	1	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM -12 GRAM/160 ML	1	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram (peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram (peg 3350-electrolytes)	1	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram (peg-electrolyte soln)	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	1	
trilyte with flavor packets oral recon soln 420 gram (peg-electrolyte soln)	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 Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
alfuzosin oral tablet extended release (Uroxatral) 24 hr 10 mg	1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg (Avodart)	1	
finasteride oral tablet 5 mg (Proscar)	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg (Flomax)	1	
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
THIOLA EC ORAL TABLET,DELAYED RELEASE (DR/EC) 100 MG, 300 MG	1	PA
tiopronin oral tablet 100 mg (Thiola)	1	
Antiespasmódicos, Urinario		
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	1	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 5 mg (Ditropan XL)	1	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 15 mg	1	
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg (Detrol LA)	1	
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg (Detrol)	1	
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 4 MG, 8 MG	1	
tropium oral tablet 20 mg	1	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
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 (Euthyrox)	1	
levothyroxine oral tablet 300 mcg (Levo-T)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
Andrógenos		
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG	1	PA
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	1	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) <i>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>	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)
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
yuvafer vaginal tablet 10 mcg (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
a-hydrocort injection recon soln 100 mg	1	
betamethasone acet,sod phos (Celestone Soluspan) injection suspension 6 mg/ml	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq 0.5 mg/5 ml	1	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg (Decadron)	1	
dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg	1	
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	1	
dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml	1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	1	
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	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)
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Cortef)	1	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml (Depo-Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg (Medrol)	1	
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg (Medrol (Pak))	1	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	1	
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg (Solu-Medrol)	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>prednisolone 15 mg/5 ml soln a/f, d/f 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 (Pediapred) solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML	1	
<i>triamcinolone acetonide injection (Kenalog) suspension 40 mg/ml</i>	1	
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; QL (35 per 28 days)
BYNFEZIA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,500 MCG/ML	1	
<i>desmopressin injection solution 4 (DDAVP) mcg/ml</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 (DDAVP) mg</i>	1	
EGRIFTA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG	1	
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
<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	
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml),</i> <i>500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	
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)
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)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	1	PA NSO; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; QL (0.3 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
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)
ZORBTIVE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 8.8 MG	1	PA
Progestinas		
<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	
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon</i> <i>soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	1	PA
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	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) 250 mg/5 ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule</i> 100 mg, 25 (Sandimmune) mg	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 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) oral</i> (Zortress) <i>tablet</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1	PA BvD
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 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
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
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-UEVITS-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 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
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
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD
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	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 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
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG	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, 75 MG/0.83 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
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
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 (everolimus (immunosuppressive))	1	PA BvD
Vacunas		
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 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
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	
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)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 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
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	
IPOL 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	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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 ML toxoids-td)	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
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		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	1	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	1	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	1	
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) (brinzolamide) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	1	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	1	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	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
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> (Trusopt) 2 %	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> (Cosopt) 22.3-6.8 mg/ml	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Xalatan) 0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<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) drops</i> 0.3 %	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 % (Isopto Carpine)	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) 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) drops</i> 0.25 %, 0.5 % (Timoptic)	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i> 0.25 %, 0.5 % (Timoptic-XE)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.004 % (Travatan Z)	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) ointment</i> 500 unit/gram	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment</i> 500-10,000 unit/gram (Polycin)	1	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops</i> 10 % (sulfacetamide sodium)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops</i> 0.3 % (Ciloxan)	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
ciprofloxacin-dexamethasone otic (Ciprodex) (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	1	QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1	QL (3.5 per 4 days)
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (gentamicin) (3 mg/gram)	1	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	1	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops (Vigamox) 0.5 %	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc (Neo-Polycin HC) ophthalmic (eye) ointment 3.5-400- 10,000 mg-unit/g-1%	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin (Neo-Polycin) ophthalmic (eye) ointment 3.5-400- 10,000 mg-unit-unit/g	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth (Maxitrol) ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth (Maxitrol) ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g- 10,000 unit/g-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg- 10,000 unit-0.025mg/ml	1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	1	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml- %	1	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) (neomycin-bacitracin- ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g- 1% poly-hc)	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
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	1	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	1	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		1	
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	(Polytrim)	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	(Bleph-10)	1	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %		1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)		1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Tobrex)	1	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	(TobraDex)	1	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %		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	ST
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %		1	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %		1	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	(Durezol)	1	
DUREZOL OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	(difluprednate)	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
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	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)</i> <i>drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy Relief) <i>spray,suspension 50 mcg/actuation</i>	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 0.5 %</i> (Acular)	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 (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Nasonex) <i>50 mcg/actuation</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	1	
RESTASIS MULTIDOSE 0.05% EYE P/F 0.05 %	1	QL (60 per 30 days)
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)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	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
<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 OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	1	PA; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>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
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	1	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 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	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i> (Fusilev)	1	
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	1	PA
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	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
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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL 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

Analgésicos

Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos

<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 (dr/ec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 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	QL (1000 per 30 days)
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 25 mg</i>	1	PA-HRM; QL (240 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	PA-HRM; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>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 (dr/ec) 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)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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>methadone injection solution 10 mg/ml</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>		1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>		1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>		1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>		1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg</i>	(methadone)	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>		1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>		1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>		1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		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
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)
<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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lidocaine (pf) injection solution 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %) (Xylocaine-MPF)	1	
lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)	1	
lidocaine hcl 1% 20 mg/2 ml vl latex-free, sdv, p/f 10 mg/ml (1 %) (Xylocaine-MPF)	1	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %) (Xylocaine)	1	
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	1	QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	1	PA
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 % (Lidoderm)	1	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 % (lidocaine hcl)	1	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	1	PA; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
clovique oral capsule 250 mg (trientine)	1	PA; QL (240 per 30 days)
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg (Jadenu Sprinkle)	1	PA
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg (Jadenu)	1	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg (Exjade)	1	PA
deferiprone oral tablet 500 mg (Ferriprox)	1	PA
deferoxamine injection recon soln 2 gram	1	PA
deferoxamine injection recon soln 500 mg (Desferal)	1	PA
FERRIPROX 1,000 MG TAB(2X/DAY) 1,000 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
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	
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		

Puede encontrar información sobre qué significan 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>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	
<i>clindamycin 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 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 600 mg/300 ml-0.9% nacl 600 mg/300 ml</i>	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 monohyd/m-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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg	1	
vancomycin oral capsule 125 mg (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
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		
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; LA
ertapenem injection recon soln 1 gram (Invanz)	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg (Primaxin IV)	1	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	1	
meropenem intravenous recon soln 500 mg	1	
meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 500 mg/50 ml	1	
Cefalosporinas		
cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	1	
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	1	
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg	1	
cefdinir oral capsule 300 mg	1	
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	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>cefixime oral capsule 400 mg</i> (Suprax)	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin 1 gm piggyback bag 1 gram/50 ml</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram</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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)	1	
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (20 per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (E.E.S. Granules)	1	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml (EryPed 400)	1	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml (Augmentin ES-600)	1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg (Augmentin)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	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 2 gm/ 100 ml inj 2 gram/100 ml</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 10 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 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 f/c 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 hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin oral 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	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	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>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	(Vibramycin)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i>	(Avidoxy)	1	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>		1	QL (60 per 30 days)
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		1	
<i>mondoxylene nl oral capsule 100 mg</i>	(doxycycline monohydrate)	1	QL (60 per 30 days)
<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 oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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/.125/.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (l norgest/e.estradiol-e.estrad)	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>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.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 estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(LoJaimiess)	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>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l 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>luteru (28) 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
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		1	
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Camila)	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Aurovela 1.5/30 (21))	1	
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	(Aurovela 1/20 (21))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Gemmily)	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(Tri-Lo-Estarylla)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Tri Femynor)	1	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Estarylla)	1	
norlyda oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		1	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		1	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>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>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog- e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estradiol)	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 estradiol)	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.estradiol)	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 estradiol)	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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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-estarylla oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(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</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<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 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(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 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(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 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg-20 mcg</i>		1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		1	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg	1	
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	1	
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	1	QL (3 per 28 days)
zarah oral tablet 3-0.03 mg (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
zovia 1-35e tablet outer 1-35 mg-mcg (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	QL (60 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg (Carbatrol)	1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml (Tegretol)	1	
carbamazepine oral tablet 200 mg (Epitol)	1	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg (Tegretol XR)	1	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg	1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 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
<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)
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 (dr/ec) 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 pe/2 ml, 500 mg pe/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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>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
<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, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 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 (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 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)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	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
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)
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>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(dr/ec) 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	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>mirtazapine oral tablet,disintegrating</i> (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg	1	
<i>nefazodone oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	1	
<i>nortriptyline oral capsule</i> 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg (Pamelor)	1	
<i>nortriptyline oral solution</i> 10 mg/5 ml	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension</i> 10 mg/5 ml (Paxil)	1	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (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</i> 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg	1	
<i>phenelzine oral tablet</i> 15 mg (Nardil)	1	
<i>protriptyline oral tablet</i> 10 mg, 5 mg	1	
<i>sertraline oral concentrate</i> 20 mg/ml (Zoloft)	1	
<i>sertraline oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA NSO
<i>tranylcypromine oral tablet</i> 10 mg (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg	1	
<i>trimipramine oral capsule</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release</i> 24hr 150 mg (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule,extended release</i> 24hr 37.5 mg, 75 mg (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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</i> 50 mg	1	PA BvD
<i>caspofungin intravenous recon soln</i> (Cancidas) 50 mg, 70 mg	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</i> <i>troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical</i> <i>cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> <i>intravenous piggyback 100 mg/50 ml,</i> <i>200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	PA BvD
<i>fluconazole oral suspension for</i> (Diflucan) <i>reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150</i> (Diflucan) <i>mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500</i> (Ancobon) <i>mg</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral</i> <i>suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500</i> <i>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</i> <i>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
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (posaconazole) 200 MG/5 ML (40 MG/ML)	1	PA
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	1	QL (900 per 30 days)
nystatin oral tablet 500,000 unit	1	
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	1	QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram (Nyamyc)	1	QL (60 per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg (Noxafil)	1	PA
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg (Vfend IV)	1	PA BvD
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Vfend)	1	PA
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg (Vfend)	1	
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	1	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	1	
diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml (Diphen)	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	1	
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml	1	
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1	
levocetirizine oral tablet 5 mg (24HR Allergy Relief)	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 oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	
<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	
<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
TRECTOR 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	1	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	
COMPLERA ORAL TABLET 200- 25-300 MG	1	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG	1	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100- 300-300 MG	1	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	1	
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 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 tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil 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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	
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	
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	
SYM TUZA 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
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	
zidovudine oral capsule 100 mg (Retrovir)	1	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml (Retrovir)	1	
zidovudine oral tablet 300 mg	1	
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	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 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
foscarnet intravenous solution 24 mg/ml (Foscavir)	1	PA BvD
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	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
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>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	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>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 (remdesivir) RECON SOLN 100 MG	1	PA BvD
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM (pen needle, diabetic) 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	1	
1ST TIER UNIFINE PNTIP (pen needle, diabetic) 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X (pen needle, diabetic) 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ADVOCATE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
ADVOCATE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O (insulin syringe NEEDLE 1 ML needleless)	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML 1 (BD Insulin Syringe Slip ML Tip)	1	
BD NANO 2 GEN PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
BD SAFETGLD INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 8MMX30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 13MMX29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		1	
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	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 0.3 ML 6MMX31G 0.3 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	
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G SINGLE USE, HRI 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G LATEX-FREE, SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY, LATEX-FREE 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 1 ML	(insulin syringe needleless)	1	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Lite Touch Insulin Syringe)	1	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1	
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	1	
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	1	
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1	
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYR 0.3 ML 30GX5/16" (Advocate Syringes) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insuln Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	1	
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	1	
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSULIN SYRING 0.5 ML (Easy Touch Insulin 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X Syringe) 1/2"	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	1	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle 29 u-100)	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	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"	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	1	
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G 33 (Advocate Pen Needle) GAUGE X 5/32"	1	
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 u-100) , 1/2 ML 30 GAUGE	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	1	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	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
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	1	
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 X 1/2"	1	
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G LATEX-FREE,STERILE 31 GAUGE X 3/16"	1	
MONOJECT 0.5 ML SYRN (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (insulin syringe-needle (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (insulin syringe-needle (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (insulin syringe-needle .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 (insulin syringe-needle ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) 1 ML	(insulin syringes (disposable))	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		1	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
NOVOFINE 30 NEEDLE , 30 GAUGE X 1/3"		1	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		1	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		1	
OMNIPOD DASH 5 PACK POD SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	
OMNIPOD DASH PDM KIT		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD INSULIN MANAGEMENT		1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD INSULIN REFILL SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		1	
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(AboutTime Pen Needle)	1	
PEN NEEDLE 32G X 3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1	
PEN NEEDLE 32G X 5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1	
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
PRO COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	
PRO COMFORT PEN NDL 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	
PRODIGY INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
PRODIGY SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Lite Touch Insulin Syringe) 1/2 ML 29	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10,L/F 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10,L/F 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10,L/F 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10,L/F 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10,L/F 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", (gauze bandage) STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
NEEDLES, INSULIN DISP., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT 31G PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"		1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Advocate Syringes)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		1	
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULT CFT 0.3 ML 30GX5/16" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1	
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	1	
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		1	
ULTICARE SAFE PEN NDL 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"		1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SAFETY 0.5 ML (Advocate Syringes) 29GX1/2 LATEX/FREE (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle LATEX FREE 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" LATEX FREE,SHORT u-100) NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle LATEX FREE 0.5 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" LATEX FREE,SHORT u-100) NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle LATEX FREE,SHORT NDL 1 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY LATEX-FREE, OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	1	
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	1	
V-GO 30 DEVICE	1	
V-GO 40 DEVICE	1	
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	1	
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	1	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq (potassium chloride)	1	
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq (potassium chloride)	1	
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq (potassium chloride)	1	
magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml	1	
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	1	PA BvD
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	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>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	PA BvD
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<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 (K-Tab) extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er (Klor-Con M10) particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er (Klor-Con M15) particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er (Klor-Con M20) particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 10) release 10 meq (1,080 mg)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 15) release 15 meq</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 5) release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</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
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)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	1	PA
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
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 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i> (Lysteda)	1	QL (30 per 30 days)
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	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 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	1	QL (24 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 5 (Arixtra) mg/0.4 ml	1	QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	1	QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	1	
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	1	
<i>heparin (porcine) injection syringe</i> 5,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> solution 1,000 unit/ml	1	
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> syringe 5,000 unit/0.5 ml	1	
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (warfarin) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (Jantoven) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	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</i> <i>multiphase</i> 12 hr 25-200 mg	1	QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	1	
<i>cilostazol oral tablet</i> 100 mg, 50 mg	1	
<i>clopidogrel oral tablet</i> 75 mg (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet</i> 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended</i> <i>release</i> 400 mg	1	
<i>prasugrel oral tablet</i> 10 mg, 5 mg (Effient)	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
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
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
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)
PROMACTA ORAL TABLET 25 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
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 (4 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	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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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	
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		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	1	PA-HRM; QL (120 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>dantrolene oral capsule 100 mg</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	

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

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	120	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	120	
A		
abacavir	114	
abacavir-lamivudine	114	
abacavir-lamivudine-zidovudine		
.....	114	
ABELCET	112	
abiraterone	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	120	
ABRAXANE	3	
acamprosate	17	
acarbose	19	
accutane	57	
acebutolol	36	
acetaminophen-codeine	86	
acetazolamide	77	
acetazolamide sodium	77	
acetic acid	78	
acetylcysteine	50	
acitretin	57	
ACTHAR	67	
ACTHIB (PF)	73	
ACTIMMUNE	82	
acyclovir	57, 119	
acyclovir sodium	119	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) .	74	
ADAKVEO	156	
adapalene	59	
ADCETRIS	3	
adefovir	119	
ADEMPAS	84	
adriamycin	3	
adrucil	3	
ADVAIR DISKUS	52	
ADVAIR HFA	52	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	121	
ADVOCATE SYRINGES ..	120,	
121		
AFINITOR	3	
AFINITOR DISPERZ	3	
afirmelle	97	
a-hydrocort	66	
AIMOVIG AUTOINJECTOR		
.....	24	
AJOVY AUTOINJECTOR ..	24	
AJOVY SYRINGE	24	
AKYNZEO		
(FOSNETUPITANT)	25	
AKYNZEO (NETUPITANT)	25	
ala-cort	55	
albendazole	26	
albuterol sulfate	53	
alclometasone	55	
ALCOHOL PADS	57	
ALCOHOL PREP PADS	58	
ALCOHOL PREP SWABS ..	57	
ALCOHOL SWABS	57	
ALCOHOL WIPES	58	
ALDURAZYME	159	
ALECENSA	3	
alendronate	45	
alfuzosin	63	
ALIMTA	3	
ALIQOPA	3	
aliskiren	44	
allopurinol	23	
alosetron	45	
ALPHAGAN P	77	
alprazolam	18	
ALREX	80	
altavera (28)	97	
ALTRENO	59	
ALUNBRIG	3	
alyacen 1/35 (28)	97	
alyacen 7/7/7 (28)	97	
alyq	84	
amabelz	64	
amantadine hcl	27	
AMBISOME	112	
ambrisentan	84	
amethia	97	
amiloride	42	
amiloride-hydrochlorothiazide		
.....	42	
AMINOSYN II 15 %	33	
AMINOSYN-PF 7 %		
(SULFITE-FREE)	33	
amiodarone	36	
amitriptyline	109	
amlodipine	40	
amlodipine-benazepril	40	
amlodipine-valsartan	40	
ammonium lactate	57	
amoxapine	109	
amoxicillin	94	
amoxicillin-pot clavulanate ..	94,	
95		
amphotericin b	112	
ampicillin	95	
ampicillin sodium	95	
ampicillin-sulbactam	95	
ANADROL-50	64	
anagrelide	156	
anastrozole	3	

ANORO ELLIPTA	53	AVASTIN	3	BD ULTRA-FINE MICRO	
APOKYN	27	aviane	98	PEN NEEDLE	123
apraclonidine	81	AVONEX	47	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
aprepitant	25	ayuna	98	NEEDLE	123
apri	97	AYVAKIT	4	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
APTIOM	105	azacitidine	4	NEEDLE	123
APTIVUS	114	azathioprine	69	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
APTIVUS (WITH VITAMIN		azathioprine sodium	69	NEEDLE	123
E)	114	azelastine	82	BD ULTRA-FINE SHORT	
aranelle (28)	97	azithromycin	93, 94	PEN NEEDLE	123
ARCALYST	69	AZOPT	77	BD VEO INSULIN SYR	
aripiprazole	29	aztreonam	92	(HALF UNIT)	123
ARISTADA	29	azurette (28)	98	BD VEO INSULIN SYRINGE	
ARISTADA INITIO	29	B		UF	123
armodafinil	47	bacitracin	78	bekyree (28)	98
ARNUITY ELLIPTA	52	bacitracin-polymyxin b	78	BELEODAQ	4
arsenic trioxide	3	baclofen	161	BELSOMRA	47
asenapine maleate	29	balsalazide	45	benazepril	43
ashlyna	97	BALVERSA	4	benazepril-hydrochlorothiazide	
ASPARLAS	3	balziva (28)	98	.....	43
aspirin-dipyridamole	157	BAVENCIO	4	BENDEKA	4
ASSURE ID DUO-SHIELD	121	BAXDELA	95	BENLYSTA	69
ASSURE ID INSULIN		BCG VACCINE, LIVE (PF) ..	74	benztropine	27
SAFETY	121	BD ALCOHOL SWABS	57	BESPONSA	4
ASSURE ID PEN NEEDLE	121	BD AUTOSHIELD DUO PEN		betamethasone acet,sod phos ..	66
atazanavir	114	NEEDLE	121	betamethasone dipropionate ...	55
atenolol	36	BD ECLIPSE LUER-LOK ..	122	betamethasone valerate	55
atenolol-chlorthalidone	36	BD INSULIN SYRINGE	122	betamethasone, augmented ...	55,
atomoxetine	47	BD INSULIN SYRINGE		56	
atorvastatin	40	(HALF UNIT)	122	BETASERON	47
atovaquone	26	BD INSULIN SYRINGE SLIP		betaxolol	36
atovaquone-proguanil	26	TIP	122	bethanechol chloride	63
atropine	82	BD INSULIN SYRINGE U-500		bexarotene	4
ATROVENT HFA	53	.....	122	BEXSERO	74
AUBAGIO	47	BD INSULIN SYRINGE		bicalutamide	4
aubra eq	97	ULTRA-FINE	122	BICILLIN L-A	95
aurovela 1.5/30 (21)	97	BD NANO 2ND GEN PEN		BIDIL	44
aurovela 1/20 (21)	97	NEEDLE	122	BIKTARVY	114
aurovela 24 fe	97	BD SAFETYGLIDE INSULIN		bisoprolol fumarate	36
aurovela fe 1.5/30 (28)	98	SYRINGE	122, 123	bisoprolol-hydrochlorothiazide	
aurovela fe 1-20 (28)	98	BD SAFETYGLIDE SYRINGE		.....	36
AUSTEDO	47	.....	123	BLNREP	4

bleomycin	4	calcium acetate(phosphat bind)	62	celecoxib	85
bleph-10.....	78	calcium chloride	154	CELONTIN.....	105
BLINCYTO.....	4	CALQUENCE	5	cephalexin	93
blisovi 24 fe.....	98	camila.....	98	CERDELGA	159
blisovi fe 1.5/30 (28).....	98	CAPLYTA	29	CEREZYME	159
blisovi fe 1/20 (28).....	98	CAPRELSA	5	CHANTIX.....	17
BOOSTRIX TDAP	74	captopril	43	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	17
BORDERED GAUZE.....	123	CARBAGLU	60	CHANTIX STARTING MONTH BOX	17
BORTEZOMIB	4	carbamazepine	105	chateal eq (28)	98
BOSULIF	4	carbidopa-levodopa.....	27	chloramphenicol sod succinate	91
BRAFTOVI	4	carbidopa-levodopa-entacapone	28	chlordiazepoxide hcl.....	18
BREO ELLIPTA.....	52	CAREFINE PEN NEEDLE 123, 124		chlorhexidine gluconate.....	54
BREZTRI AEROSPHERE....	53	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	57	chloroquine phosphate	26
briellyn	98	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	124	chlorothiazide sodium.....	42
BRILINTA	157	CARETOUCH PEN NEEDLE	124	chlorpromazine	29
brimonidine.....	77	carteolol.....	77	chlorthalidone.....	42
BRIVIACT	105	carvedilol.....	37	chlorzoxazone.....	161
bromocriptine.....	27	caspofungin	112	cholestyramine (with sugar)...	40
BROMSITE	80	CAYSTON	92	cholestyramine light	40
BRONCHITOL.....	50	caziant (28).....	98	ciclopirox	112
BRUKINSA.....	4	cefaclor.....	92	cilostazol	157
budesonide.....	45, 52	cefadroxil.....	92	CIMDUO	115
bumetanide	42	cefazolin	92	cimetidine hcl	59
buprenorphine hcl	17, 86	cefdinir	92	cinacalcet.....	45
buprenorphine-naloxone.....	17	cefepime	92	CINQAIR.....	50
bupropion hcl.....	109	cefixime.....	93	CINRYZE	158
bupropion hcl (smoking deter)	17	cefotaxime	93	ciprofloxacin	96
buspirone	82	cefoxitin	93	ciprofloxacin hcl.....	78, 95, 96
butalbital-acetaminophen-caff	86	cefoxitin in dextrose, iso-osm	93	ciprofloxacin in 5 % dextrose.	96
butalbital-aspirin-caffeine	86	cefpodoxime	93	ciprofloxacin-dexamethasone.	79
BYNFEZIA	67	cefprozil	93	citalopram.....	109
BYSTOLIC.....	36	ceftazidime	93	clarithromycin	94
C		ceftriaxone.....	93	CLENPIQ.....	62
CABENUVA	115	cefuroxime axetil	93	CLICKFINE PEN NEEDLE	125
cabergoline	27	cefuroxime sodium	93	clindamycin hcl	91
CABLIVI.....	156			clindamycin in 5 % dextrose..	91
CABOMETYX	4			clindamycin phosphate ...	58, 90, 91
caffeine citrate	47				
calcipotriene.....	57				
calcitonin (salmon).....	45				
calcitriol.....	45				

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....	33	COARTEM	27	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	33	codeine sulfate	86	cyred eq.....	98
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	34	colchicine	23	CYSTADANE.....	82
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)...	34	colesevelam	41	CYSTARAN	82
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE).....	34	colestipol	41	D	
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)...	34	colistin (colistimethate na)	91	d5 % and 0.9 % sodium chloride	154
CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)...	34	COMBIGAN	77	d5 %-0.45 % sodium chloride	154
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE.....	34	COMBIVENT RESPIMAT ...	54	dalfampridine	48
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	34	COMETRIQ	5	DALIRESP.....	50, 51
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE.....	34	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	125, 126	danazol	64
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	34	COMFORT EZ PEN NEEDLES	125, 126	dantrolene.....	161
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	34	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	126, 127	DANYELZA	5
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE.....	34	COMPLERA	115	dapsone	114
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE.....	34	compro	25	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	74
clobazam.....	106	constulose	61	daptomycin.....	91
clobetasol.....	56	COPAXONE	47, 48	DARZALEX	5
clobetasol-emollient	56	COPIKTRA.....	5	DARZALEX FASPRO.....	5
clofarabine	5	CORLANOR	38	dasetta 1/35 (28)	98
clomipramine	109	COSENTYX.....	70	dasetta 7/7/7 (28)	98
clonazepam	18	COSENTYX (2 SYRINGES) ..	70	DAURISMO	5
clonidine	35	COSENTYX PEN (2 PENS)..	70	daysee.....	98
clonidine hcl	35	COTELLIC.....	5	deblitane	99
clopidogrel.....	157	CREON	159	decitabine	5
clorazepate dipotassium	18	CRIXIVAN	115	deferasirox.....	89
clotrimazole	112	cromolyn	50, 61, 82	deferiprone	89
clotrimazole-betamethasone ..	112	cryselle (28).....	98	deferoxamine	89
clovique	89	CURAD GAUZE PAD	127	DELSTRIGO.....	115
clozapine.....	29, 30	CURITY ALCOHOL SWABS	57	DENG VAXIA (PF)	74
		CURITY GAUZE.....	127	denta 5000 plus.....	55
		cyclafem 1/35 (28).....	98	dentagel	55
		cyclafem 7/7/7 (28).....	98	DERMACEA	127
		cyclobenzaprine	161	DERMACEA NON-WOVEN	127
		cyclopentolate.....	82	DESCOVY	115
		cyclophosphamide	5	desipramine	109, 110
		CYCLOPHOSPHAMIDE.....	5	desmopressin	67
		cyclosporine.....	70	desog-e.estradiol/e.estradiol ...	99
		cyclosporine modified.....	70	desogestrel-ethinyl estradiol...	99
		cyproheptadine	113	desoximetasone	56

desvenlafaxine succinate 110
dexamethasone..... 66
dexamethasone sodium phos
(pf)..... 66
dexamethasone sodium
phosphate66, 80
dexmethylphenidate 48
dextroamphetamine 48
dextroamphetamine-
amphetamine 48
dextrose 10 % in water (d10w)
..... 34
dextrose 5 % in water (d5w).. 34
DIACOMIT 106
diazepam.....18, 106
diazoxide 82
diclofenac epolamine 85
diclofenac potassium..... 85
diclofenac sodium80, 85
dicloxacillin 95
dicyclomine 61
didanosine..... 115
DIFICID 94
difluprednate 80
digitek..... 38
digox..... 39
digoxin..... 39
dihydroergotamine 24
diltiazem hcl 38
dilt-xr..... 38
dimenhydrinate 25
dimethyl fumarate 48
DIPENTUM..... 45
diphenhydramine hcl..... 113
diphenoxylate-atropine..... 61
dipyridamole 157
disopyramide phosphate 36
disulfiram..... 17
divalproex..... 106
dofetilide..... 36
donepezil 19

DOPTELET (10 TAB PACK)
.....158
DOPTELET (15 TAB PACK)
.....158
DOPTELET (30 TAB PACK)
.....158
dorzolamide78
dorzolamide-timolol.....78
dotti64
DOVATO115
doxazosin.....35
doxepin.....110
doxorubicin..... 5
doxorubicin, peg-liposomal..... 6
doxy-10096
doxycycline hyclate96
doxycycline monohydrate 96, 97
DRIZALMA SPRINKLE.....110
dronabinol25
droperidol25
DROPLET INSULIN
SYR(HALF UNIT).. 127, 128
DROPLET INSULIN
SYRINGE..... 127, 128
DROPLET MICRON PEN
NEEDLE129
DROPLET PEN NEEDLE...129
DROPSAFE PEN NEEDLE 129
drospirenone-ethinyl estradiol 99
DROXIA156
droxidopa.....35
DUAVEE64
duloxetine110
DUPIXENT PEN.....70
DUPIXENT SYRINGE70
DUREZOL80
dutasteride63
E
EASY COMFORT ALCOHOL
PAD.....57
EASY COMFORT INSULIN
SYRINGE..... 129, 130

EASY COMFORT PEN
NEEDLES130
EASY GLIDE INSULIN
SYRINGE130
EASY GLIDE PEN NEEDLE
.....130
EASY TOUCH.....132
EASY TOUCH ALCOHOL
PREP PADS57
EASY TOUCH FLIPLOCK
INSULIN..... 131, 132
EASY TOUCH FLIPLOCK
SYRINGE131
EASY TOUCH INSULIN
SAFETY SYR131
EASY TOUCH INSULIN
SYRINGE 131, 132, 133
EASY TOUCH LUER LOCK
INSULIN.....132
EASY TOUCH PEN NEEDLE
.....132
EASY TOUCH SAFETY PEN
NEEDLE 132, 133
EASY TOUCH
SHEATHLOCK INSULIN
..... 131, 132
EASY TOUCH UNI-SLIP...133
econazole.....112
EDARBI.....39
EDARBYCLOR39
EDURANT.....115
efavirenz.....115
efavirenz-emtricitabin-tenofo
.....115
efavirenz-lamivu-tenofo
.....115
EGRIFTA.....67
EGRIFTA SV67
ELAPRASE.....159
ELIGARD6
ELIGARD (3 MONTH).....6
ELIGARD (4 MONTH).....6

ELIGARD (6 MONTH)	6	epinephrine	39	EXKIVITY	6
elimest	99	epitol	106	EXONDYS-51	82
ELIQUIS	156	EPIVIR HBV	115	EYSUVIS	81
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	156	epiphenone	44	ezetimibe	41
ELITEK	159	epiphenol (glycine)	84	F	
ELLA	99	ERBITUX	6	FABRAZYME	159
ELMIRON	82	ergoloid	19	falmina (28)	99
eluryng	99	ERIVEDGE	6	famciclovir	119
EMCYT	6	ERLEADA	6	famotidine	60
EMEND	25	erlotinib	6	famotidine (pf)	60
EMFLAZA	66	errin	99	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	60
EMGALITY PEN	24	ertapenem	92	FANAPT	30
EMGALITY SYRINGE	24	ery pads	58	FARXIGA	19
emoquette	99	erythromycin	79, 94	FARYDAK	7
EMPLICITI	6	erythromycin ethylsuccinate	94	FASENRA	51
EMSAM	110	erythromycin with ethanol	59	FASENRA PEN	51
emtricitabine	115	ESBRIET	51	febuxostat	23
emtricitabine-tenofovir (tdf)	115	escitalopram oxalate	110	felbamate	106
EMTRIVA	115	esomeprazole magnesium	60	FEMRING	65
enalapril maleate	43	esomeprazole sodium	60	femynor	99
enalaprilat	43	estarylla	99	fenofibrate	41
enalapril-hydrochlorothiazide	43	estradiol	64, 65	fenofibrate micronized	41
ENBREL	70	estradiol valerate	65	fenofibrate nanocrystallized	41
ENBREL MINI	70	estradiol-norethindrone acet	65	fentanyl	87
ENBREL SURECLICK	70	eszopiclone	47	fentanyl citrate	87
ENDARI	82	ethambutol	114	FERRIPROX	90
endocet	87	ethosuximide	106	FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	89
ENGERIX-B (PF)	74	ethynodiol diac-eth estradiol	99	FETZIMA	110
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	74	etodolac	85	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	21
ENHERTU	6	etonogestrel-ethinyl estradiol	99	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	21
enoxaparin	156	ETOPOPHOS	6	FIASP U-100 INSULIN	21
enpresse	99	etoposide	6	finasteride	63
enskyce	99	etravirine	115	FINTEPLA	106
entacapone	28	EUCRISA	56	FIRVANQ	91
entecavir	119	EVENITY	46	FLEBOGAMMA DIF	70
ENTRESTO	39	everolimus (antineoplastic)	6	flecainide	36
enulose	61	everolimus (immunosuppressive)	70	FLOVENT DISKUS	52
EPCLUSA	118	EVOTAZ	115	FLOVENT HFA	52, 53
EPIDIOLEX	106	EVRYSDI	82	floxuridine	7
epinastine	82	EXEL INSULIN	133		
		exemestane	6		

fluconazole	112
fluconazole in nacl (iso-osm)	112
flucytosine	112
fludrocortisone.....	66
flumazenil.....	48
flunisolide.....	81
fluocinolone.....	56
fluocinonide.....	56
fluocinonide-e	56
fluoride (sodium)	55
fluorometholone.....	81
fluorouracil	7, 57
fluoxetine.....	110
fluphenazine decanoate	30
fluphenazine hcl.....	30
flurbiprofen.....	85
flurbiprofen sodium.....	81
flutamide.....	7
fluticasone propionate	56, 81
fluvoxamine.....	110
fomepizole	83
fondaparinux.....	156, 157
fosamprenavir	115
fosaprepitant	25
foscarnet	118
fosinopril	43
fosphenytoin	106
FOTIVDA.....	7
FREESTYLE PRECISION .	133
FULPHILA.....	158
fulvestrant.....	7
furosemide.....	42
FUZEON	115
fyavolv.....	65
FYCOMPA.....	106
G	
gabapentin.....	107
GALAFOLD.....	159
galantamine.....	19
GAMIFANT	71
GAMMAGARD LIQUID	71

GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	71
GAMMAPLEX	71
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	71
ganciclovir sodium.....	119
GARDASIL 9 (PF).....	74
GATTEX 30-VIAL.....	61
GAUZE PAD	133
gavilyte-c.....	62
gavilyte-g.....	62
gavilyte-n.....	62
GAVRETO.....	7
GAZYVA.....	7
gemfibrozil	41
generlac	61
gengraf	71
gentak.....	79
gentamicin	59, 79, 90
gentamicin sulfate (ped) (pf) ..	90
gentamicin sulfate (pf)	90
GENVOYA	116
GILENYA	48
GILOTRIF.....	7
GIVLAARI.....	156
glatiramer	48
glatopa.....	48
glimepiride	23
glipizide.....	23
glipizide-metformin	23
glyburide	23
glyburide micronized	23
glyburide-metformin.....	23
glycopyrrolate.....	61
glydo	88
granisetron (pf)	25
granisetron hcl	25
griseofulvin microsize.....	112
guanfacine	35, 48
GVOKE.....	83
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	83

GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	83
H	
HAEGARDA	158
hailey.....	99
hailey 24 fe.....	99
hailey fe 1.5/30 (28).....	99
hailey fe 1/20 (28)	99
halobetasol propionate	56
haloperidol	30
haloperidol decanoate	30
haloperidol lactate	30
HARVONI	118
HAVRIX (PF)	75
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	134
HEALTHWISE PEN NEEDLE	134
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP.....	134
heather.....	100
heparin (porcine)	157
heparin, porcine (pf)	157
HEPATAMINE 8%.....	35
HERCEPTIN.....	7
HERCEPTIN HYLECTA.....	7
HERZUMA	7
HETLIOZ.....	47
HETLIOZ LQ.....	47
HIBERIX (PF).....	75
HUMIRA	71
HUMIRA PEN	71
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	71
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS.....	71
HUMIRA(CF)	72
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER.....	71
HUMIRA(CF) PEN.....	71
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	71

HUMIRA(CF) PEN		IRESSA.....8
PEDIATRIC UC 71	IMOVAX RABIES VACCINE	ISENTRESS.....116
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	(PF) .....75	ISENTRESS HD .....116
ADOL HS 71	IMPAVIDO .....27	isibloom.....100
HUMULIN R U-500 (CONC)	INBRIJA .....28	ISOLYTE S PH 7.4 .....154
INSULIN 21	incassia .....100	ISOLYTE-P IN 5 %
HUMULIN R U-500 (CONC)	INCONTROL ALCOHOL	DEXTROSE .....154
KWIKPEN 21	PADS .....58	ISOLYTE-S.....154
hydralazine 39	INCONTROL PEN NEEDLE	isoniazid .....114
hydrochlorothiazide 42	135	isosorbide dinitrate .....44
hydrocodone-acetaminophen. 87	INCRELEX .....67	isosorbide mononitrate.....44
hydrocodone-ibuprofen 87	indapamide .....42	itraconazole .....112
hydrocortisone .....45, 56, 66	indomethacin .....86	IV PREP WIPES .....58
hydromorphone 87	INFANRIX (DTAP) (PF) .....75	ivermectin.....27
hydromorphone (pf) 87	INLYTA 8	IXEMPRA.....8
hydroxychloroquine 27	INQOVI 8	IXIARO (PF).....75
hydroxyprogesterone cap(ppres)	INREBIC..... 8	J
..... 69	INSULIN SYR/NDL U100	jaimiess .....100
hydroxyurea 7	HALF MARK.....135	JAKAFI.....8
hydroxyzine hcl..... 113	INSULIN SYRINGE .....122	jantoven.....157
hydroxyzine pamoate 83	INSULIN SYRINGE	JARDIANCE.....19
HYQVIA 72	MICROFINE .....122	jasmiel (28).....100
I	INSULIN SYRINGE	JEMPERLI .....8
ibandronate 46	NEEDLELESS .....122	jencycla .....100
IBRANCE..... 7	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	JENTADUETO .....20
ibu 85	U-100 .....122, 124, 133, 135,	JENTADUETO XR.....20
ibuprofen 85	136, 141, 142, 145, 149	jinteli .....65
icatibant 39	INSUPEN.....136	juleber .....100
iclevia 100	INTELENCE .....116	JULUCA .....116
ICLUSIG 7	INTRALIPID.....35	junel 1.5/30 (21) .....100
IDHIFA 7	INTRON A.....119	junel 1/20 (21) .....100
ifosfamide 7	introvale .....100	junel fe 1.5/30 (28) .....100
ILARIS (PF) 72	INVEGA HAFYERA .....30	junel fe 1/20 (28) .....100
ILEVRO 81	INVEGA SUSTENNA .....31	junel fe 24.....100
imatinib..... 7	INVEGA TRINZA .....31	JUXTAPID.....41
IMBRUVICA 8	INVELTYS .....81	JYNARQUE.....42, 43
IMFINZI..... 8	INVIRASE .....116	K
imipenem-cilastatin 92	IPOL.....75	kalliga.....100
imipramine hcl..... 110	ipratropium bromide .....54, 82	KALYDECO.....51
imiquimod..... 58	ipratropium-albuterol .....54	KANJINTI .....8
IMLYGIC 8	irbesartan .....39	KANUMA.....159
	irbesartan-hydrochlorothiazide	kariva (28).....100
	39	

kelnor 1/35 (28)	100	latanoprost	78	LITE TOUCH INSULIN PEN	
kelnor 1-50 (28)	100	LATUDA	31	NEEDLES	136, 137
KESIMPTA PEN	49	LAZANDA	87	LITE TOUCH INSULIN	
ketoconazole	112	leflunomide	72	SYRINGE	136, 137
ketorolac	81, 86	LENVIMA	9	lithium carbonate	49
KEVEYIS	83	lessina	101	LIVALO	41
KEYTRUDA	8	letrozole	9	lojaimiess	101
KINRIX (PF)	75	leucovorin calcium	83	LOKELMA	61
kionex (with sorbitol)	61	LEUKERAN	9	LONSURF	9
KISQALI	9	LEUKINE	158	loperamide	61
KISQALI FEMARA CO-PACK		leuprolide	9	lopinavir-ritonavir	116
.....	8	levetiracetam	107	lorazepam	18, 19
klor-con m10	154	levobunolol	78	LORBRENA	9
klor-con m15	154	levocarnitine	83	loryna (28)	101
klor-con m20	154	levocarnitine (with sugar)	83	losartan	40
KLOXXADO	17	levocetirizine	113	losartan-hydrochlorothiazide	40
KORLYM	20	levofloxacin	79, 96	LOTEMAX	81
KOSELUGO	9	levofloxacin in d5w	96	LOTEMAX SM	81
KRINTAFEL	27	levoleucovorin calcium	83	loteprednol etabonate	81
KRYSTEXXA	159	levonest (28)	101	lovastatin	41
kurvelo (28)	100	levonorgestrel-ethinyl estrad	101	low-ogestrel (28)	101
KYNMOBI	28	levonorg-eth estrad triphasic	101	loxapine succinate	31
KYPROLIS	9	levora-28	101	lo-zumandimine (28)	101
L		levothyroxine	63	lubiprostone	61
l norgest/e.estradiol-e.estradiol 100,		LEXIVA	116	LUCEMYRA	17
101		LIBTAYO	9	LUMAKRAS	9
labetalol	37	lidocaine	89	LUMIGAN	78
lactulose	61	lidocaine (pf)	36, 89	LUMOXITI	9
lamivudine	116	lidocaine hcl	89	LUPRON DEPOT	67
lamivudine-zidovudine	116	lidocaine viscous	89	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
lamotrigine	107	lidocaine-prilocaine	89	.....	9, 67
lansoprazole	60	lillow (28)	101	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	
LANTUS SOLOSTAR U-100		linezolid	91	.....	10
INSULIN	21	linezolid in dextrose 5%	91	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	
LANTUS U-100 INSULIN	21	linezolid-0.9% sodium chloride		.....	10
lapatinib	9	.....	91	LUPRON DEPOT-PED	68
larin 1.5/30 (21)	101	LINZESS	61	LUPRON DEPOT-PED (3	
larin 1/20 (21)	101	liothyronine	64	MONTH)	68
larin 24 fe	101	LISCO	136	lutera (28)	101
larin fe 1.5/30 (28)	101	lisinopril	43	LYBALVI	31
larin fe 1/20 (28)	101	lisinopril-hydrochlorothiazide	44	lyleq	102
larissia	101			lyllana	65

LYNPARZA.....	10	meclizine	25	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	
LYSODREN.....	10	medroxyprogesterone.....	69	.....	37
lyza.....	102	mefenamic acid.....	86	metoprolol tartrate	37
M		mefloquine.....	27	metronidazole	59, 90, 91
MAGELLAN INSULIN		megestrol	10, 69	metronidazole in nacl (iso-os)	91
SAFETY SYRNG	137, 138	MEKINIST.....	10	metryrosine.....	39
MAGELLAN SYRINGE	137	MEKTOVI	10	mexiletine.....	36
magnesium sulfate	155	meloxicam	86	miconazole-3	112
magnesium sulfate in d5w...	154	memantine	19	MICRODOT INSULIN PEN	
magnesium sulfate in water.	154	MENACTRA (PF).....	75	NEEDLE	138
malathion.....	59	MENQUADFI (PF)	75	microgestin fe 1/20 (28).....	102
maprotiline.....	110	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		midodrine	35
marlissa (28)	102	(PF)	75	miglustat.....	160
MARPLAN.....	110	MEPSEVII	160	mili.....	102
MATULANE.....	10	mercaptopurine	10	mimvey	65
MAVENCLAD (10 TABLET		meropenem	92	MINI ULTRA-THIN II	138
PACK).....	49	meropenem-0.9% sodium		minitran	44
MAVENCLAD (4 TABLET		chloride.....	92	minocycline	97
PACK).....	49	mesalamine.....	45	minoxidil	44
MAVENCLAD (5 TABLET		mesna	83	mirtazapine.....	110, 111
PACK).....	49	MESNEX	83	misoprostol.....	60
MAVENCLAD (6 TABLET		metaproterenol.....	54	MITIGARE	23
PACK).....	49	metformin.....	20	mitoxantrone	10
MAVENCLAD (7 TABLET		methadone	87	M-M-R II (PF).....	75
PACK).....	49	methadose.....	87	molindone.....	31
MAVENCLAD (8 TABLET		methenamine hippurate.....	91	mometasone.....	56, 81
PACK).....	49	methimazole	64	mondoxyne nl.....	97
MAVENCLAD (9 TABLET		methocarbamol	161	MONJUVI.....	10
PACK).....	49	methotrexate sodium.....	10	MONOJECT INSULIN	
MAXICOMFORT II PEN		methotrexate sodium (pf)	10	SAFETY SYRING	139
NEEDLE.....	138	methoxsalen.....	58	MONOJECT INSULIN	
MAXICOMFORT INSULIN		methscopolamine	61	SYRINGE	138, 139
SYRINGE.....	138	methyl dopa.....	35	MONOJECT SYRINGE.....	138
MAXI-COMFORT INSULIN		methylphenidate hcl.....	49, 50	MONOJECT ULTRA	
SYRINGE.....	138	methylprednisolone.....	66	COMFORT INSULIN	150
MAXI-COMFORT INSULIN		methylprednisolone acetate....	66	mono-lynyah	102
SYRINGE.....	138	methylprednisolone sodium succ		montelukast	53
MAXICOMFORT SAFETY		.....	66	morphine	87, 88
PEN NEEDLE	138	metipranolol.....	78	MORPHINE	87, 88
MAYZENT.....	49	metoclopramide hcl.....	61	morphine concentrate.....	87
MAYZENT STARTER PACK		metolazone	43	MOVANTIK	61
.....	49	metoprolol succinate.....	37	moxifloxacin	79, 96

MOZOBIL	158
MULPLETA	158
MULTAQ	36
mupirocin.....	59
MVASI	10
mycophenolate mofetil.....	72
mycophenolate mofetil (hcl)..	72
MYLOTARG.....	10
MYRBETRIQ.....	63
N	
nabumetone.....	86
nafcillin.....	95
nafcillin in dextrose iso-osm .	95
NAGLAZYME	160
naloxone	18
naltrexone	18
NAMZARIC	19
naproxen	86
NARCAN	18
NATACYN.....	79
NATPARA	46
NAYZILAM.....	107
nebivolol.....	37
necon 0.5/35 (28)	102
nefazodone.....	111
neomycin	90
neomycin-bacitracin-poly-hc.	79
neomycin-bacitracin-polymyxin	
.....	79
neomycin-polymyxin b gu.....	59
neomycin-polymyxin b-	
dexameth.....	79
neomycin-polymyxin-	
gramicidin.....	79
neomycin-polymyxin-hc	79
neo-polycin	80
neo-polycin hc	79
NEPHRAMINE 5.4 %	35
NERLYNX	10
NEULASTA	158
NEUPRO	28
nevirapine	116

NEXAVAR	10
NEXLETOL	41
NEXLIZET.....	41
niacin.....	41
nicardipine.....	40
NICOTROL.....	18
nifedipine.....	40
nikki (28).....	102
nilutamide.....	10
NINLARO	11
nitazoxanide.....	27
nitisinone	160
nitrofurantoin macrocrystal....	91
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	
.....	91
nitroglycerin	44
NITYR	160
NIVESTYM	158
nizatidine	60
NORDITROPIN FLEXPEN ..	68
norethindrone (contraceptive)	
.....	102
norethindrone acetate	69
norethindrone ac-eth estradiol	
.....	65, 102
norethindrone-e.estradiol-iron	
.....	102
norgestimate-ethinyl estradiol	
.....	102
norlyda	102
NORMOSOL-M IN 5 %	
DEXTROSE	155
nortrel 0.5/35 (28).....	102
nortrel 1/35 (21).....	102
nortrel 1/35 (28).....	102
nortrel 7/7/7 (28).....	103
nortriptyline	111
NORVIR	116
NOVOFINE 30.....	139
NOVOFINE 32.....	139
NOVOFINE PLUS	139

NOVOLIN 70/30 U-100	
INSULIN.....	22
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	
100	22
NOVOLIN N FLEXPEN.....	22
NOVOLIN N NPH U-100	
INSULIN.....	22
NOVOLIN R FLEXPEN	22
NOVOLIN R REGULAR U-	
100 INSULN	22
NOVOLOG FLEXPEN U-100	
INSULIN.....	22
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
INSULN	22
NOVOLOG MIX 70-	
30FLEXPEN U-100.....	22
NOVOLOG PENFILL U-100	
INSULIN.....	22
NOVOLOG U-100 INSULIN	
ASPART	22
NOVOTWIST	139
NOXAFIL	113
NUBEQA.....	11
NUCALA	51
NULOJIX.....	72
NUPLAZID.....	31
NUTRILIPID	35
nyamyc.....	113
nylia 7/7/7 (28)	103
nymyo	103
nystatin.....	113
nystop.....	113
NYVEPRIA.....	158
O	
OICALIVA.....	61
OCTAGAM.....	72
octreotide acetate	68
ODEFSEY.....	117
ODOMZO	11
OFEV	51
ofloxacin	80
OGIVRI.....	11

olanzapine.....	32	OXYCONTIN	88	phenytoin.....	107
olmesartan.....	40	OZEMPIC	20	phenytoin sodium	107, 108
olmesartan-hydrochlorothiazide		P		phenytoin sodium extended .	107
.....	40	pacerone	36	PHESGO	11
olopatadine	82	PADCEV	11	philith.....	103
omega-3 acid ethyl esters	41	paliperidone	32	PHOSLYRA.....	62
omeprazole	60	PALYNZIQ	160	PIFELTRO	117
omeprazole-sodium bicarbonate		PANRETIN	58	pilocarpine hcl	55, 78
.....	60	pantoprazole	60	pimecrolimus.....	56
OMNIPOD / VGO	139	paricalcitol.....	46	pimozide.....	32
OMNIPOD DASH PDM KIT		paroex oral rinse	55	pimtrea (28).....	103
.....	139	paromomycin.....	27	pioglitazone	20
OMNIPOD INSULIN		paroxetine hcl	111	PIP PEN NEEDLE	140
MANAGEMENT	139	PAXIL	111	piperacillin-tazobactam.....	95
OMNIPOD INSULIN REFILL		PEDIARIX (PF)	75	PIQRAY	11
.....	139	PEDVAX HIB (PF)	75	pirmella	103
ONCASPAR.....	11	PEGASYS	119	PLASMA-LYTE 148.....	155
ondansetron.....	26	PEGINTRON	119	PLASMA-LYTE A.....	155
ondansetron hcl.....	26	PEMAZYRE	11	PLEGRIDY	50
ondansetron hcl (pf)	26	PEN NEEDLE	133, 140, 142	podofilox	58
ONIVYDE.....	11	PEN NEEDLE, DIABETIC	126,	POLIVY	11
ONTRUZANT.....	11	133, 136, 140, 142		polycin	80
ONUREG	11	penicillamine	90	polymyxin b sulfate	91
OPDIVO.....	11	penicillin g potassium	95	polymyxin b sulf-trimethoprim	
OPSUMIT.....	84	penicillin g procaine.....	95	.....	80
oralone.....	55	penicillin v potassium	95	POMALYST	11
ORFADIN	160	PENNSAID	86	portia 28	103
ORGOVYX	68	PENTACEL (PF).....	76	PORTRAZZA	12
ORLISSA	68	pentamidine	27	posaconazole	113
ORKAMBI	51	PENTIPS	140	potassium chloride.....	155
ORLADEYO	158	pentoxifylline.....	157	potassium chloride-0.45 % nacl	
orsythia	103	PEPAXTO.....	11	.....	155
oseltamivir	118	perindopril erbumine.....	44	potassium citrate	155
OSMOLEX ER.....	28	periogard	55	PRALUENT PEN.....	41
oxandrolone	64	permethrin	59	pramipexole.....	28
oxcarbazepine	107	perphenazine.....	32	prasugrel.....	157
OXLUMO.....	83	perphenazine-amitriptyline...	111	pravastatin	41
OXTELLAR XR.....	107	PERSERIS.....	32	prazosin	35
oxybutynin chloride	63	pfizerpen-g	95	prednicarbate	56
oxycodone.....	88	phenelzine	111	prednisolone	67
oxycodone-acetaminophen	88	phenobarbital	107	prednisolone acetate.....	81
oxycodone-aspirin.....	88	phenylephrine hcl	35		

prednisolone sodium phosphate.....67, 81	PROLEUKIN .....12	RAYALDEE .....46
prednisone..... 67	PROLIA .....46	reclipsen (28).....103
pregabalin 108	PROMACTA..... 158, 159	RECOMBIVAX HB (PF) .....76
PREMARIN..... 65	promethazine .....26, 114	RECTIV .....83
PREMPHASE..... 65	promethegan .....26	RELENZA DISKHALER....119
PREMPRO 65	propafenone .....36	RELION NEEDLES.....141
PRETOMANID 114	proparacaine .....82	RELION PEN NEEDLES...142
prevalite 41	propranolol .....37	repaglinide.....20
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE..... 140	propranolol-hydrochlorothiazid.....37	REPATHA PUSHTRONEX..41
previfem..... 103	propylthiouracil .....64	REPATHA SURECLICK.....42
PREVYMIS..... 118	PROQUAD (PF).....76	REPATHA SYRINGE.....42
PREZCOBIX 117	PROSOL 20 %35	RESTASIS .....81
PREZISTA 117	protamine.....156	RESTASIS MULTIDOSE ....81
PRIFTIN..... 114	protriptyline.....111	RETACRIT .....159
PRIMAQUINE 27	PULMOZYME .....160	RETEVMO .....12
primidone..... 108	PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....58	RETROVIR.....117
PRIVIGEN 72	PURE COMFORT PEN NEEDLE .....141	REVCovi.....160
PRO COMFORT ALCOHOL PADS..... 58	PURIXAN .....12	REVLIMID .....12
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....140, 141	pyrazinamide .....114	revonto .....161
PRO COMFORT PEN NEEDLE..... 141	pyridostigmine bromide .....83	REXULTI.....32
probenecid 23	pyrimethamine .....27	REYATAZ .....117
probenecid-colchicine 23	Q	REZUROCK .....72
procainamide 36	QINLOCK.....12	RHOPRESSA.....78
PROCALAMINE 3%..... 35	QUADRACEL (PF).....76	RIABNI.....12
prochlorperazine 26	quetiapine .....32	ribavirin..... 119, 120
prochlorperazine edisylate..... 26	quinapril .....44	RIDAURA .....72
prochlorperazine maleate 26	quinapril-hydrochlorothiazide 44	rifabutin.....114
procto-med hc 56	quinidine sulfate .....36	rifampin.....114
proctosol hc 56	quinine sulfate .....27	riluzole .....50
proctozone-hc 57	R	rimantadine.....119
PRODIGY INSULIN SYRINGE 141	RABAVERT (PF).....76	RINVOQ .....73
progesterone..... 69	rabeprazole .....60	risedronate .....46
progesterone micronized 69	RADICAVA .....50	RISPERDAL CONSTA.....32
PROGRAF..... 72	raloxifene.....65	risperidone.....32
PROLASTIN-C 51	ramipril.....44	ritonavir.....117
PROLENSA..... 81	ranolazine .....39	RITUXAN.....12
	rasagiline .....28	RITUXAN HYCELA .....12
	RASUVO (PF).....72	rivastigmine.....19
	RAVICTI.....62	rivastigmine tartrate.....19
		rizatriptan .....24
		ROCKLATAN .....78
		ropinirole.....28

rosadan	59	sildenafil (pulm.hypertension)84	streptomycin.....	90
rosuvastatin.....	42	silver sulfadiazine	STRIBILD.....	117
ROTARIX	76	SIMBRINZA	STRIVERDI RESPIMAT	54
ROTATEQ VACCINE	76	simliya (28)	SUBLOCADE	18
ROZLYTREK.....	12	simpesse	subvenite	108
RUBRACA.....	12	simvastatin.....	sucrafate	60
rufinamide.....	108	sirolimus.....	sulfacetamide sodium	80
RUKOBIA.....	117	SIRTURO.....	sulfacetamide sodium (acne)..	59
RUXIENCE	12	SKYRIZI	sulfacetamide-prednisolone....	80
RYBELSUS.....	20	sodium chloride 0.45 %	sulfadiazine	96
RYBREVANT.....	12	sodium chloride 0.9 %	sulfamethoxazole-trimethoprim	
RYDAPT	12	sodium fluoride-pot nitrate....	.....	96
S		sodium phenylbutyrate.....	sulfasalazine	45
SAFESNAP INSULIN		sodium polystyrene (sorb free)	sulindac	86
SYRINGE.....	142	.....	sumatriptan.....	24
SAFETY PEN NEEDLE.....	142	sodium polystyrene sulfonate.62	sumatriptan succinate.....	24, 25
sajazir	39	SOLIQUEA 100/33.....	sunitinib.....	13
SANDOSTATIN LAR DEPOT		SOLTAMOX.....	SUNOSI	47
.....	68	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	SUPPRELIN LA	69
SANTYL	58	(PF)	SUPREP BOWEL PREP KIT	62
sapropterin	160	SOMATULINE DEPOT.....	SURE COMFORT ALCOHOL	
SARCLISA.....	12	SOMAVERT	PREP PADS	58
SAVELLA.....	50	sorine.....	SURE COMFORT INS. SYR.	
SCEMBLIX	12	sotalol.....	U-100	142
scopolamine base	26	sotalol af.....	SURE COMFORT INSULIN	
SECUADO	33	SPIRIVA RESPIMAT	SYRINGE	143
SECURESAFE PEN NEEDLE		SPIRIVA WITH	SURE COMFORT PEN	
.....	142	HANDIHALER	NEEDLE	143
selegiline hcl.....	28	spironolactone.....	SURE COMFORT SAFETY	
selenium sulfide	59	SPRAVATO.....	PEN NEEDLE	142
SELZENTRY	117	sprintec (28).....	SURE-FINE PEN NEEDLES	
SEREVENT DISKUS.....	54	SPRITAM .....	.....	143
SEROSTIM	68	SPRYCEL	SURE-JECT INSULIN	
sertraline	111	sps (with sorbitol)	SYRINGE	144
setlakin	103	sronyx.....	SURE-PREP ALCOHOL PREP	
sevelamer carbonate.....	62	ssd	PADS	58
sevelamer hcl.....	62	stavudine	syeda	103
sf 5000 plus.....	55	STELARA.....	SYLVANT	13
sharobel	103	STERILE PADS.....	SYMBICORT.....	53
SHINGRIX (PF)	76	STIOLTO RESPIMAT	SYMDEKO	51
SIGNIFOR.....	68	STIVARGA.....	SYMLINPEN 120	20
SIKLOS.....	156	STRENSIQ.....	SYMLINPEN 60	20

SYMPAZAN	108	tenofovir disoproxil fumarate	117	TOPCARE CLICKFINE	146
SYMTUZA	117	TEPEZZA	82	TOPCARE ULTRA COMFORT	146
SYNAGIS	119	TEPMETKO	13	topiramate	108
SYNAREL	69	terazosin	63	toposar	14
SYNERCID	91	terbinafine hcl	113	toremifene	14
SYNJARDY	20	terbutaline	54	torsemide	43
SYNJARDY XR	20, 21	terconazole	90	TOTECT	84
SYNRIBO	13	TERUMO INSULIN SYRINGE	145	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	22
T		testosterone	64	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	23
TABLOID	13	testosterone cypionate	64	TOVIAZ	63
TABRECTA	13	testosterone enanthate	64	TRACLEER	84
tacrolimus	57, 73	TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	76	TRADJENTA	21
tadalafil (pulm. hypertension)	84	tetrabenazine	50	tramadol	88
TAFINLAR	13	tetracycline	97	tramadol-acetaminophen	88
TAGRISSO	13	THALOMID	84	trandolapril	44
TAKHZYRO	84	theophylline	54	tranexamic acid	156
TALZENNA	13	THINPRO INSULIN SYRINGE	145, 146	tranylcypromine	111
tamoxifen	13	THIOLA EC	63	TRAVASOL 10 %	35
tamsulosin	63	thioridazine	33	travoprost	78
TARGRETIN	13	thiotepa	13	TRAZIMERA	14
tarina 24 fe	103	thiothixene	33	trazodone	111
tarina fe 1-20 eq (28)	103	tiadylt er	38	TREANDA	14
TASIGNA	13	tiagabine	108	TRECATOR	114
TAVALISSE	156	TIBSOVO	14	TRELEGY ELLIPTA	54
tazarotene	59	TICE BCG	14	TRELSTAR	14
TAZORAC	59	tigecycline	97	TREMFYA	73
taztia xt	38	timolol maleate	37, 78	treprostinil sodium	84
TAZVERIK	13	tiopronin	63	tretinoin	59
TDVAX	76	TIVDAK	14	tretinoin (antineoplastic)	14
TECENTRIQ	13	TIVICAY	117	tri femynor	103
TECHLITE INSULIN SYRINGE	144, 145	TIVICAY PD	117	triamcinolone acetonide .. 55, 57, 67	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	144	tizanidine	161	triamterene-hydrochlorothiazid	43
TECHLITE PEN NEEDLE ..	145	TOBI PODHALER	90	trientine	90
TEFLARO	93	tobramycin	80, 90	tri-estarylla	104
telmisartan	40	tobramycin in 0.225 % nacl	90	trifluoperazine	33
temazepam	19	tobramycin sulfate	90	trifluridine	80
TEMIXYS	117	tobramycin-dexamethasone	80	trihexyphenidyl	28
TEMODAR	13	tolterodine	63		
TENIVAC (PF)	76				

TRIKAFTA	51	TURALIO	14	ULTRACARE INSULIN	
tri-legest fe.....	104	TWINRIX (PF).....	77	SYRINGE	151
tri-linyah	104	tyblume.....	104	ULTRACARE PEN NEEDLE	
tri-lo-estarylla	104	TYBOST	84	.....	151, 152
tri-lo-marzia	104	TYMLOS	46	ULTRA-THIN II (SHORT) INS	
tri-lo-mili	104	TYPHIM VI	77	SYR.....	152
tri-lo-sprintec	104	TYSABRI.....	73	ULTRA-THIN II (SHORT)	
trilyte with flavor packets.....	62	TYVASO.....	84	PEN NDL	152
trimethoprim	91	U		ULTRA-THIN II INS PEN	
tri-mili	104	UBRELVY	25	NEEDLES	152
trimipramine	111	UCERIS	45	ULTRA-THIN II INSULIN	
TRINTELLIX	111	UDENYCA	159	SYRINGE	152
tri-nymyo	104	UKONIQ	14	UNIFINE PEN NEEDLE	152
tri-previfem (28)	104	ULTICARE	148, 149	UNIFINE PENTIPS ..	139, 152,
TRIPTODUR.....	69	ULTICARE INSULIN		153	
tri-sprintec (28)	104	SYRINGE.....	148	UNIFINE PENTIPS	
TRIUMEQ.....	117	ULTICARE INSULN		MAXFLOW	153
trivora (28).....	104	SYR(HALF UNIT).....	148	UNIFINE PENTIPS PLUS ..	153
tri-vylibra.....	104	ULTICARE PEN NEEDLE .	148	UNIFINE PENTIPS PLUS	
tri-vylibra lo.....	104	ULTICARE SAFETY PEN		MAXFLOW	153
TRODELVY	14	NEEDLE	148	UNIFINE SAFECONTROL	153
TROGARZO	117	ULTIGUARD SAFEPAK-		UNIFINE ULTRA PEN	
TROPHAMINE 10 %	35	INSULIN SYR	149	NEEDLE	153
tropium.....	63	ULTIGUARD SAFEPAK-		UNITUXIN	15
TRUE COMFORT ALCOHOL		PEN NEEDLE	149	UPTRAVI	84, 85
PADS.....	58	ULTILET ALCOHOL SWAB		ursodiol	62
TRUE COMFORT INSULIN		.....	58	V	
SYRINGE	146	ULTILET INSULIN SYRINGE		valacyclovir	120
TRUE COMFORT PEN		.....	135, 150	VALCHLOR	58
NEEDLE.....	146, 147	ULTILET PEN NEEDLE	150	valganciclovir	120
TRUE COMFORT PRO		ULTRA CMFT INS SYR		valproate sodium	108
ALCOHOL PADS	58	(HALF UNIT)..	133, 142, 148	valproic acid.....	108
TRUE COMFORT PRO INS		ULTRA COMFORT INSULIN		valproic acid (as sodium salt)	
SYRINGE	146, 147	SYRINGE.....	129, 134, 150	.....	108
TRUEPLUS INSULIN.	147, 148	ULTRA FLO INSUL		valrubicin	15
TRUEPLUS PEN NEEDLE	147	SYR(HALF UNIT).....	150	valsartan	40
TRULICITY	21	ULTRA FLO INSULIN		valsartan-hydrochlorothiazide	40
TRUMENBA	76	SYRINGE.....	151	VALTOCO.....	108
TRUSELTIQ	14	ULTRA FLO PEN NEEDLE		vancomycin	92
TRUXIMA	14	.....	150, 151	VANISHPOINT INSULIN	
TUKYSA.....	14	ULTRA THIN PEN NEEDLE		SYRINGE	153
tulana	104	.....	151	VANISHPOINT SYRINGE.	153

VAQTA (PF).....	77	VOTRIENT.....	15	XURIDEN.....	84
varenicline.....	18	VPRIV.....	160	XYOSTED.....	64
VARIVAX (PF).....	77	VRAYLAR.....	33	XYREM.....	47
VASCEPA.....	42	VUMERITY.....	50	Y	
VEKLURY.....	120	vyfemla (28).....	105	YERVOY.....	16
VELCADE.....	15	vylibra.....	105	YF-VAX (PF).....	77
velivet triphasic regimen (28)		VYNDAMAX.....	39	YONDELIS.....	16
.....	104	VYNDAQEL.....	39	YONSA.....	16
VELPHORO.....	62	VYXEOS.....	15	yuvaferm.....	66
VEMLIDY.....	117	W		Z	
VENCLEXTA.....	15	warfarin.....	157	zafemy.....	105
VENCLEXTA STARTING		WEBCOL.....	58	zafirlukast.....	53
PACK.....	15	WELIREG.....	15	zaleplon.....	47
venlafaxine.....	111	wera (28).....	105	zarah.....	105
verapamil.....	38	X		ZARXIO.....	159
VERIFINE PEN NEEDLE. 153,		XADAGO.....	29	ZEJULA.....	16
154		XALKORI.....	15	ZELBORAF.....	16
VERSACLOZ.....	33	XARELTO.....	157	zenatane.....	58
VERSALON.....	154	XARELTO DVT-PE TREAT		ZENPEP.....	160
VERZENIO.....	15	30D START.....	157	ZEPZELCA.....	16
vestura (28).....	104	XATMEP.....	15	zidovudine.....	118
V-GO 20.....	154	XCOPRI.....	109	ziprasidone hcl.....	33
V-GO 30.....	154	XCOPRI MAINTENANCE		ziprasidone mesylate.....	33
V-GO 40.....	154	PACK.....	109	ZIRABEV.....	16
VICTOZA.....	21	XCOPRI TITRATION PACK		ZIRGAN.....	80
vienna.....	104	.....	109	ZOLADEX.....	16
vigabatrin.....	108	XELJANZ.....	73	zoledronic acid.....	46
vigadrone.....	108	XELJANZ XR.....	73	zoledronic acid-mannitol-water	
VIIBRYD.....	111	XERMELO.....	62	.....	46
VIMIZIM.....	160	XGEVA.....	46	ZOLINZA.....	17
VIMPAT.....	109	XHANCE.....	81	zolpidem.....	47
vinorelbine.....	15	XIFAXAN.....	92	zonisamide.....	109
violele (28).....	104	XIGDUO XR.....	21	ZORBTIVE.....	69
VIRACEPT.....	118	XIIDRA.....	81	ZORTRESS.....	73
VIREAD.....	118	XOFLUZA.....	119	ZOSTAVAX (PF).....	77
VISTOGARD.....	84	XOLAIR.....	51, 52	zovia 1/35e (28).....	105
VITRAKVI.....	15	XOSPATA.....	15	zovia 1-35 (28).....	105
VIZIMPRO.....	15	XPOVIO.....	15, 16	ZTLIDO.....	89
VOCABRIA.....	118	XTAMPZA ER.....	88	ZULRESSO.....	112
volnea (28).....	104	XTANDI.....	16	zumandimine (28).....	105
voriconazole.....	113	xulane.....	105	ZYDELIG.....	17
VOSEVI.....	118	XULTOPHY 100/3.6.....	23	ZYKADIA.....	17

ZYLET 80
ZYNLONTA 17

ZYPREXA RELPREVV.....33
ZYTIGA.....17