GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2024

Gold Kidney Health Plan

Formulario para Arizona
(Lista de medicamentos cubiertos)

LEA LO SIGUIENTE

Este documento contiene información acerca de los medicamentos que cubrimos en este plan.

ID del formulario: 24325, Número de versión: 19

H4869-001 Gold Kidney Health Plan Super Plus (HMO-POS C-SNP)
H4869-002 Gold Kidney Health Plan Super Complete (HMO-POS C-SNP)
H4869-003 Gold Kidney Health Plan Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)
H4869-004 Gold Kidney Health Plan Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)
H4869-005 Gold Kidney Health Plan Honest Care (HMO-POS)
H4869-010 Gold Kidney Health Plan Gold Circle (HMO-POS C-SNP)

Este formulario fue actualizado el 22 de octubre de 2024. Para obtener información más reciente, o si tiene otras preguntas, llame a Servicios para miembros de Gold Kidney Health Plan al **1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.goldkidney.com.**

Última actualización: 10/22/2024

Y0171_2024Formulary_AZ_0923C

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible (si corresponde). Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina – no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si corresponde).

Nota para los miembros actuales – este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", hace referencia a Gold Kidney Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Gold Kidney Health Plan.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 10/22/2024. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

- ✓ **ATENCIÓN –** Si usted habla un idioma distinto del español, tenemos a su disposición servicios de asistencia gratuitos. Llame al **1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)** Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.
- ✓ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente al número que aparece arriba. La llamada es gratuita.
- ✓ Gold Kidney Health Plan, Inc. es una HMO-POS y HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.

¿Qué es el Formulario de Gold Kidney Health Plan?

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

– Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?".

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento – En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2024, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 10/22/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Gold Kidney Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada. Si se realizan cambios al formulario que no son de mantenimiento durante el año del plan, los cambios al formulario de Gold Kidney Health Plan se publican en nuestro sitio web en **www.goldkidney.com.**

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

AFECCIÓN MÉDICA

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

LISTADO ALFABÉTICO

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el

Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa –** Gold Kidney Health Plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con Gold Kidney Health Plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que Gold Kidney Health Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad –** Para ciertos medicamentos, Gold Kidney Health Plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá Gold Kidney Health Plan. Por ejemplo, Gold Kidney Health Plan ofrece 30 por receta para las tabletas de Farxiga de 10 mg. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado –** En algunos casos, Gold Kidney Health Plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que Gold Kidney Health Plan no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Gold Kidney Health Plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que Gold Kidney Health Plan no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- ✓ Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Gold Kidney Health Plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Gold Kidney Health Plan.
- ✓ Puede solicitar que Gold Kidney Health Plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?

Puede solicitarle a Gold Kidney Health Plan que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

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

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

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

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

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

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

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

Para los miembros con un cambio en el nivel de atención, proporcionamos un suministro de emergencia para 30 días de la siguiente manera:

- ✓ Los miembros actuales que necesitan un suministro de emergencia por única vez o a quienes se les receta un medicamento que no está en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención pueden ser colocados en transición a través de un código de aclaración enviado por la farmacia. Gold Kidney Health Plan ha autorizado a su Administrador de beneficios de farmacia a procesar un suministro único en esta situación mediante una anulación manual en el punto de venta de la farmacia.
- ✓ Cuando se recibe una nueva transacción de reclamo de la farmacia para la admisión o readmisión de un miembro en un centro de atención a largo plazo (LTC), nuestro sistema de reclamos reconocerá al miembro actual como elegible para recibir suministros de transición y aplicará el punto de - aprobación de venta.

Para obtener más información

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

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

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

El Formulario

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

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

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

Leyenda de la lista de drogas

SÍMBOLO DE REQUISITOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B de Medicare vs. Parte D de Medicare	Algunos medicamentos pueden requerir una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, de acuerdo a las reglas de cobertura de Medicare.
CB	Beneficio limitado	Esta receta tiene un límite máximo de beneficios.
EX	Medicamento excluido	Este es un medicamento con receta que un plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre normalmente. El monto que usted paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de sus medicamentos (en otras palabras, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura ante catástrofes). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá asistencia adicional para pagar este medicamento.
GC	Intervalo de cobertura	Brindamos cobertura adicional de este medicamento recetado en el intervalo de cobertura. Consulte nuestra evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
LA	Acceso limitado	Este medicamento podría estar disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte con su Directorio de farmacias o llame a Servicios para miembros al 1 (480) 870-7007 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., los días de semana, del 1 de abril al 30 de septiembre, o visite goldkidney.com.
NDS	Suministro de días no extendidos	Este medicamento solo se puede obtener para un suministro de un mes o menos.
NM	No disponible por correo	Este medicamento no está disponible a través de la farmacia de pedidos por correo.
NSO	Solo para nuevo inicio de toma	Si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico deben obtener una autorización previa.
PA	Autorización previa	La cobertura de esta receta requiere autorización previa.
QL	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidades de receta.
SI	Insulina seleccionada	Esta receta forma parte del Programa modelo de ahorro para adultos.
ST	Terapia gradual	La cobertura para esta receta se brinda cuando se han intentado antes otras terapias de medicamentos preferidos o de primera línea.

Participación en los costos de los medicamentos (Tabla 1)

Gold Kidney Health Plan Super Plus (HMO-POS C-SNP)
Gold Kidney Health Plan Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)
Gold Kidney Health Plan Honest Care (HMO-POS)

COBERTURA INICIAL

DEDUCIBLE	TIPO DE FARMACIA/ SUMINISTRO DE DÍAS	NIVEL 1 GENÉRICO PREFERIDO	NIVEL 2 GENÉRICOS (INCLUYE INSULINAS)	NIVEL 3 MARCAS PREFERIDAS (INCLUYE INSULINAS)	NIVEL 4 MARCAS NO PREFERIDAS	NIVEL 5 MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	NIVEL 6 MEDICAMENTOS DE ATENCIÓN SELECTA (INCLUYE INSULINAS)
$0	Suministro minorista para 1 mes	$0	$5	$40	$100	33%	$0
	Insulinas	N/A	$5	$35	N/A	N/A	$0
	Brecha de cobertura	$0	$5	$40 (Brecha parcial*)	Ningún espacio	Ningún espacio	$0
$0	Suministro minorista de 100 días	$0	$12	$100	$250	No disponible	$0
	Insulinas	N/A	$12	$100	N/A	N/A	$0
	Brecha de cobertura	$0	$12	$100 (Brecha parcial)	Ningún espacio	Ningún espacio	$0
$0	Pedido por correo suministro de 100 días	$0	$5	$40	$250	No disponible	$0
	Insulinas	N/A	$5	$35	N/A	N/A	$0
	Brecha de cobertura	$0	$5	$40 (Brecha parcial)	Ningún espacio	Ningún espacio	$0

*La cobertura de interrupción parcial se aplica a medicamentos seleccionados. Consulte el Formulario de medicamentos cubiertos en el espacio con la designación "GC."

Participación en los costos de los medicamentos (Tabla 2)

Gold Kidney Health Plan Super Complete (HMO-POS C-SNP)
Gold Kidney Health Plan Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)
Gold Kidney Health Plan Gold Circle (HMO-POS C-SNP)

COBERTURA INICIAL

DEDUCIBLE	TIPO DE FARMACIA/ SUMINISTRO DE DÍAS	NIVEL 1 GENÉRICO PREFERIDO	NIVEL 2 GENÉRICOS	NIVEL 3 MARCAS PREFERIDAS	NIVEL 4 MARCAS NO PREFERIDAS	NIVEL 5 MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	NIVEL 6 MEDICAMENTOS DE ATENCIÓN SELECTA
$545*	Suministro minorista para 1 mes	25%	25%	25%	25%	25%	25%
$545*	Suministro minorista de 100 días	25%	25%	25%	25%	No disponible	25%
$545*	Pedido por correo suministro de 100 días	25%	25%	25%	25%	No disponible	25%

*Su deducible y costos compartidos de medicamentos pueden ser más bajos si recibe “Ayuda adicional” con sus medicamentos recetados.

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Aviso de no discriminación

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Gold Kidney Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Si usted cree que Gold Kidney Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja a:

Gold Kidney Health Plan — Appeals & Grievances
P.O. Box 14050, Scottsdale, Arizona, 85267
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
Fax: 1 (866) 515-7869

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Usted puede presentar también una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1 (844) 294-6535**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1 (844) 294-6535**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1 (844) 294-6535**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1 (844) 294-6535**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1 (844) 294-6535**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1 (844) 294-6535**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1 (844) 294-6535**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1 (844) 294-6535** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1 (844) 294-6535**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1 (844) 294-6535**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1 (844) 294-6535** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1 (844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1 (844) 294-6535**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1 (844) 294-6535**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1 (844) 294-6535**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、**1 (844) 294-6535** にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer 3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias 20
Agentes Antiansiedad 22
Agentes Antidemencia 23
Agentes Antidiabetico 24
Agentes Antigota 30
Agentes Antimigraña 30
Agentes Antinausea 32
Agentes Antiparasitarios 34
Agentes Antiparkinson 35
Agentes Antipsicóticos 37
Agentes Calóricos 43
Agentes Cardiovasculares 45
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria 59
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica 60
Agentes De Trastorno De Sueño 62
Agentes Del Sistema Nervioso Central 62
Agentes Del Tracto Respiratorio 68
Agentes Dentales Y Orales 73
Agentes Dermatológicos 74
Agentes Gastrointestinales 81
Agentes Genitourinarios 86
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador 87
Agentes Inmunológicos 95
Agentes Oftálmicos 107
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta 109
Agentes Terapeuticos Misceláneos 114
Agentes Vasodilatadores 117
Analgésicos 118
Anestésicos 124
Antagonistas De Metales Pesados 125
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) 126
Antibacterianos 126
Anticonceptivos 135
Anticonvulsivos 144
Antidepresivos 149

Antifúngicos 153
Antihistamínicos 156
Antimicobacteriales 156
Antivirales (Sitémico) 157
Dispositivos 164
Preparaciones De Reemplazo 209
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen 211
Reemplazo/Modificadores De Enzima 216
Relajantes Musculares Esqueléticos 218
Vitaminas Y Minerales 219

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer			
Agentes Anti Cáncer			
abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg	(Zytiga)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	(paclitaxel protein-bound)	5	PA BvD; NM; NDS
adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml	(fluorouracil)	2	PA BvD; GC
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)		5	PA NSO; NM; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	(Arimidex)	1	GC
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		5	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	(Vidaza)	5	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg	(Treanda)	5	PA NSO; NM; NDS

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml (Paraplatin)	2	GC
cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml	2	PA BvD; GC
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	2	PA BvD; ST; GC
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; LA; NDS
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
decitabine intravenous recon soln 50 mg (Dacogen)	5	NM; NDS
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml) (Docivyx)	2	GC
docetaxel intravenous solution 80 mg/4 ml (20 mg/ml)	2	GC
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	2	PA BvD; GC
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml (Caelyx)	5	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL OUTER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
erlotinib oral tablet 150 mg	(Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		4	
etoposide intravenous solution 20 mg/ml		2	GC
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg	(Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg	(Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
exemestane oral tablet 25 mg	(Aromasin)	2	GC
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG		5	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG		4	PA BvD
floxuridine injection recon soln 0.5 gram		2	PA BvD; GC
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml		2	PA BvD; GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml (Faslodex)	5	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	2	PA BvD; GC
gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)	2	PA BvD; GC
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	4	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
hydroxyurea oral capsule 500 mg (Hydrea)	2	GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ifosfamide intravenous recon soln 1 gram (Ifex)	2	GC
ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
imatinib oral tablet 100 mg (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (180 per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml (Camptosar)	2	GC
irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml	2	GC
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	4	PA BvD; ST
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
lapatinib oral tablet 250 mg (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg (Revlimid)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg	4	PA NSO
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	2	PA NSO; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NM; NDS
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	2	GC
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	GC
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	GC
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	GC
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	2	PA BvD; ST; GC
mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml	2	GC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
nilutamide oral tablet 150 mg (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	2	GC
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	2	GC
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	2	PA BvD; GC
paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
pazopanib oral tablet 200 mg (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg	5	NM; NDS
pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml	5	NM; NDS
pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg	5	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	5	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
sorafenib oral tablet 200 mg (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG (dasatinib)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg (Sutent)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	2	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML		5	PA NSO; NM; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)		5	PA NSO; NM; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG		4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
toposar intravenous solution 20 mg/ml	(etoposide)	2	GC
toremifene oral tablet 60 mg	(Fareston)	5	NM; NDS
torpenz oral tablet 10 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	(everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG		5	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		3	PA NSO
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg		5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
vinblastine intravenous solution 1 mg/ml	2	PA BvD; GC
vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml (vincristine)	2	PA BvD; GC
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml (Vincasar PFS)	2	PA BvD; GC
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	2	GC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg	2	GC
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	GC; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg (Suboxone)	2	GC; QL (60 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg (Suboxone)	2	GC; QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	GC; QL (90 per 30 days)
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	2	GC
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	1	GC
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml	2	GC
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation (Narcan)	2	GC; QL (4 per 30 days)
naltrexone oral tablet 50 mg	2	GC
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (2688 per 365 days)
NICOTROL NS NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 30 days)
varenicline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (56 pack)	2	GC; QL (336 per 365 days)
varenicline oral tablet 1 mg (Chantix)	2	GC; QL (336 per 365 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	(Chantix Starting Month Box)	2	GC
Agentes Antiansiedad			
Benzodiacepinas			
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	(Xanax)	1	GC; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg	(Xanax)	1	GC; QL (150 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Xanax XR)	2	GC; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg	(Xanax XR)	2	GC; QL (90 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg		1	GC; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	(Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg		2	GC; QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg		2	GC; QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml		2	GC; QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml		2	GC
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	(diazepam)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)		2	GC; QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	(Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
estazolam oral tablet 1 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
estazolam oral tablet 2 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
flurazepam oral capsule 15 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
flurazepam oral capsule 30 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent	(Lorazepam Intensol)	2	GC; QL (150 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml vial 25's,outer	(Ativan)	1	GC
lorazepam 4 mg/ml vial inner	(Ativan)	1	GC
lorazepam injection solution 2 mg/ml	(Ativan)	2	GC; QL (2 per 30 days)
lorazepam injection solution 4 mg/ml	(Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml		1	GC; QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	(lorazepam)	2	GC; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Ativan)	1	GC; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg	(Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
midazolam oral syrup 2 mg/ml		2	GC; QL (10 per 30 days)
oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg	(Restoril)	1	GC; QL (30 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg	(Halcion)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia			
Agentes Antidemencia			
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	(Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet 23 mg	(Aricept)	2	GC; QL (30 per 30 days)

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
metformin oral solution 500 mg/5 ml (Riomet)	2	GC; QL (765 per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	1	GC; QL (75 per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	1	GC; QL (150 per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	1	GC; QL (90 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	1	GC; QL (120 per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	1	GC; QL (60 per 30 days)
mifepristone oral tablet 300 mg (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	GC; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; GC; QL (2 per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	2	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA NSO; GC; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA NSO; GC; QL (1.5 per 28 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)	1	GC; QL (30 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg	2	GC; QL (90 per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)	2	GC; QL (90 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	GC; QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	2	GC; QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA NSO; GC; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; GC; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	3	GC; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (dapaglifloz propaned-metformin)	3	GC; QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insuln)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml	(Novolog U-100 Insulin aspart)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	6	GC; max $35 copay per month supply; QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		6	GC; max $35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	GC; QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		1	GC; QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 2.5 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	GC; QL (240 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	(Glucotrol XL)	1	GC; QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg	(Glucotrol XL)	1	GC; QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		2	GC; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg		1	GC
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	GC
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	GC
Agentes Antigota			
Agentes Antigota, Otros			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	GC
allopurinol oral tablet 300 mg		1	GC
colchicine oral capsule 0.6 mg	(Mitigare)	2	GC; QL (60 per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	(Colcrys)	2	GC; QL (120 per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	(Uloric)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
probenecid oral tablet 500 mg		2	GC
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg		2	GC
Agentes Antimigraña			
Agentes Antimigraña			
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML		3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML		3	PA; QL (1.5 per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml		5	NM; NDS; QL (24 per 28 days)
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	(Migranal)	5	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)		3	PA; QL (3 per 30 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg		2	GC; QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG		3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg	(Maxalt)	2	GC; QL (12 per 30 days)
rizatriptan oral tablet 5 mg		2	GC; QL (12 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg	(Maxalt-MLT)	2	GC; QL (12 per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg		2	GC; QL (12 per 30 days)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv	(Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation		2	GC; QL (12 per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation		2	GC; QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg	(Imitrex)	1	GC; QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg	(Imitrex)	1	GC; QL (18 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Refill)	2	GC; QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	4	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
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml	(Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	(Imitrex)	2	GC; QL (4 per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml		2	GC; QL (4 per 28 days)
sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg	(Treximet)	2	GC; QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		3	PA; QL (16 per 30 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	(Zomig)	2	GC; QL (6 per 30 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg		2	GC; QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea			
Agentes Antinausea			
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG		4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML		4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG		4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 32 MG/4.4 ML (7.2 MG/ML)		4	QL (4.4 per 28 days)
aprepitant oral capsule 125 mg		2	PA BvD; GC; QL (2 per 28 days)
aprepitant oral capsule 40 mg		2	PA BvD; GC; QL (1 per 28 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	(Emend)	2	PA BvD; GC; QL (4 per 28 days)
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	(Emend)	2	PA BvD; GC
compro rectal suppository 25 mg	(prochlorperazine)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
promethazine injection solution 25 mg/ml	(Phenergan)	2	GC
promethazine injection solution 50 mg/ml	(Phenergan)	2	GC
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		1	GC
promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(Promethegan)	2	GC
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	(promethazine)	2	GC
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	(Transderm-Scop)	2	GC; QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios			
Agentes Antiparasitarios			
albendazole oral tablet 200 mg		5	NM; NDS
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	(Mepron)	2	GC
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	(Malarone)	2	GC
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	(Malarone Pediatric)	2	GC
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg		2	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	(Plaquenil)	2	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ivermectin oral tablet 3 mg	(Stromectol)	2	GC
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG		4	
mefloquine oral tablet 250 mg		2	GC
nitazoxanide oral tablet 500 mg	(Alinia)	5	NM; NDS
paromomycin oral capsule 250 mg	(Humatin)	2	GC
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	(Nebupent)	2	PA BvD; GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pentamidine injection recon soln 300 mg	(Pentam)	2	GC
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)		4	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	(Daraprim)	5	PA; NM; NDS
quinine sulfate oral capsule 324 mg	(Qualaquin)	2	PA; GC; QL (42 per 7 days)
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		2	GC
Agentes Antiparkinson			
Agentes Antiparkinson			
amantadine hcl oral capsule 100 mg		2	GC
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml		1	GC
amantadine hcl oral tablet 100 mg		2	GC
apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml	(APOKYN)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
benztropine injection solution 1 mg/ml		2	GC
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	GC
bromocriptine oral capsule 5 mg	(Parlodel)	2	GC
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	(Parlodel)	2	GC
cabergoline oral tablet 0.5 mg		2	GC
carbidopa oral tablet 25 mg	(Lodosyn)	2	GC
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg	(Sinemet)	2	GC
carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg	(Dhivy)	2	GC
carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg		2	GC
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg		2	GC
carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	2	GC
entacapone oral tablet 200 mg	2	GC
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NM; NDS
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	4	ST; QL (30 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	GC
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Azilect)	2	GC
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	2	GC
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	2	GC
selegiline hcl oral capsule 5 mg	2	GC
selegiline hcl oral tablet 5 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml	2	GC
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	1	GC
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 26 days)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	2	GC
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg (Abilify)	2	GC
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Saphris)	2	GC; QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	GC
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	2	GC
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	GC
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)	2	GC
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	2	ST; GC; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	2	GC
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	2	GC
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	2	GC
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	GC
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)	2	GC
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml (Haldol Decanoate)	2	GC
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	2	GC
haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml	2	GC
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	2	GC
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	2	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	GC
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg (Latuda)	2	GC; QL (30 per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg (Latuda)	2	GC; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg	2	GC; QL (240 per 30 days)
molindone oral tablet 25 mg	2	GC; QL (270 per 30 days)
molindone oral tablet 5 mg	2	GC; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg (Zyprexa)	2	GC; QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg (Zyprexa)	2	GC
olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg (Zyprexa Zydis)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg	(Invega)	2	GC; QL (30 per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	(Invega)	2	GC; QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	GC
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG		5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg		2	GC
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)		2	GC
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel)	2	GC
quetiapine oral tablet 150 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	(Seroquel XR)	2	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG		5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG		5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	2	GC; QL (2 per 28 days)
risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml	(Risperdal Consta)	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	(Risperdal)	2	GC
risperidone oral tablet 0.25 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Risperdal)	2	GC
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	2	GC
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	GC
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	GC
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	GC
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (Geodon)	2	GC
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.) (Geodon)	2	GC; QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos		
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	2	PA BvD; GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	4	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	2	GC
dextrose 5%-water iv soln single use	2	GC
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	GC
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr (Catapres-TTS-1)	2	GC; QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr (Catapres-TTS-2)	2	GC; QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr (Catapres-TTS-3)	2	GC; QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	2	GC
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	GC
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml	(Vazculep)	2	GC
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		2	GC
Agentes Antiarritmicos			
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	(Pacerone)	2	GC
amiodarone oral tablet 200 mg	(Pacerone)	1	GC
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	(Norpace)	2	GC
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	(Tikosyn)	2	GC
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg		2	GC
lidocaine (pf) injection syringe 100 mg/5 ml (2 %)		1	GC
lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)		1	GC
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg		2	GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		3	
pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	(amiodarone)	2	GC
procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml		2	GC
procainamide intravenous syringe 100 mg/ml		2	GC
propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg		2	GC
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg		2	GC
quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg		2	GC
quinidine sulfate oral tablet 200 mg		1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinidine sulfate oral tablet 300 mg		2	GC
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg		2	GC
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Tenormin)	1	GC
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg	(Tenoretic 100)	2	GC
atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg	(Tenoretic 50)	2	GC
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg		2	GC
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg		2	GC
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg		2	GC
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	(Coreg)	1	GC
labetalol intravenous solution 5 mg/ml		2	GC
labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)		2	GC
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg		2	GC
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Toprol XL)	1	GC
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg		2	GC
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml		2	GC
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg	(Lopressor)	1	GC
metoprolol tartrate oral tablet 25 mg		1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Corgard)	2	GC
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Bystolic)	2	GC
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg		2	GC
propranolol intravenous solution 1 mg/ml		2	GC
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	(Inderal LA)	2	GC
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		2	GC
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg		2	GC
propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg		2	GC
sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	(sotalol)	2	GC
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(sotalol)	2	GC
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	(Sotalol AF)	2	GC
sotalol oral tablet 240 mg	(Betapace)	2	GC
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg		2	GC
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio			
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(diltiazem hcl)	2	GC
diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage	(Tiadylt ER)	2	GC
diltiazem 24hr er 420 mg cap	(Tiadylt ER)	2	GC
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml		2	GC
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg	(Tiadylt ER)	2	GC
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	(Cartia XT)	2	GC
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg	(Cardizem)	2	GC
diltiazem hcl oral tablet 90 mg		2	GC
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg	(Cardizem LA)	2	GC
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(Matzim LA)	2	GC
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	(diltiazem hcl)	2	GC
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	2	GC
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	(diltiazem hcl)	2	GC
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	(diltiazem hcl)	2	GC
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml		2	GC
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Verelan PM)	2	GC
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg		2	GC
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg		4	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg		1	GC
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Cardiovasculares, Varios			
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML		3	GC; QL (600 per 30 days)
digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(digoxin)	2	GC
digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)	(digoxin)	2	GC
digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)	(Lanoxin)	2	GC
digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)		2	GC
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	(Digitek)	2	GC
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml	(Auvi-Q)	2	GC; QL (4 per 30 days)
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml	(EpiPen Jr)	2	GC; QL (4 per 30 days)
epinephrine injection solution 1 mg/ml	(Adrenalin)	1	GC
hydralazine injection solution 20 mg/ml		2	GC
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	GC
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Corlanor)	3	GC; QL (60 per 30 days)
metyrosine oral capsule 250 mg	(Demser)	5	NM; NDS
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	(icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML		4	QL (4 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML	(epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii			
candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	(Atacand)	2	GC
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg	(Atacand HCT)	2	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG		3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG		3	GC; QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG		3	GC; QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG		3	QL (240 per 30 days)
eprosartan oral tablet 600 mg		2	GC
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Avapro)	2	GC
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	(Avalide)	2	GC
losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Cozaar)	1	GC
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	(Hyzaar)	1	GC
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Benicar)	2	GC
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	(Tribenzor)	2	GC

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	(Benicar HCT)	2	GC
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Micardis)	2	GC
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg		2	GC
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg	(Micardis HCT)	2	GC
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg	(Diovan)	2	GC
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	(Diovan HCT)	2	GC
Dihidropiridinas			
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Norvasc)	1	GC
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg	(Lotrel)	1	GC
amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg		1	GC
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	(Azor)	2	GC
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	(Exforge)	2	GC
amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	(Exforge HCT)	2	GC
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg		2	GC
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML		4	ST; QL (300 per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg		2	GC
nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg		2	GC
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	(Procardia XL)	2	GC
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg		2	GC
Dislipidémicos			
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg	(Caduet)	2	GC
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	(Caduet)	2	GC; QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg		2	GC
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	(Lipitor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	(Questran)	2	GC
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine-aspartame)	2	GC
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	(WelChol)	2	GC
colesevelam oral tablet 625 mg	(WelChol)	2	GC
colestipol oral packet 5 gram		2	GC
colestipol oral tablet 1 gram	(Colestid)	2	GC
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG		4	ST; QL (30 per 30 days)
ezetimibe oral tablet 10 mg	(Zetia)	1	GC; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg	(Vytorin 10-10)	2	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg	(Vytorin 10-20)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg	(Vytorin 10-40)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg	(Vytorin 10-80)	2	GC; QL (30 per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg		2	GC
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	(Tricor)	2	GC
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg		2	GC
fenofibric acid (choline) oral capsule,delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	(Trilipix)	2	GC
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	(Lescol XL)	2	GC
gemfibrozil oral tablet 600 mg	(Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	(pitavastatin calcium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG		3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG		3	QL (30 per 30 days)
niacin oral tablet 500 mg	(Niacor)	1	GC
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg		2	GC
niacor oral tablet 500 mg	(niacin)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram	(Lovaza)	2	ST; GC; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML		3	QL (2 per 28 days)
pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg		1	GC
pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg		1	GC; QL (30 per 30 days)
prevalite oral powder in packet 4 gram	(cholestyramine-aspartame)	2	GC
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML		3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML		3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML		3	QL (6 per 28 days)
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Crestor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Zocor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg		1	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM	(icosapent ethyl)	2	GC; QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM	(icosapent ethyl)	2	GC; QL (120 per 30 days)
Diuréticos			
amiloride oral tablet 5 mg		2	GC
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg		2	GC
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml		2	GC
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg	2	GC
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	GC
furosemide injection solution 10 mg/ml	2	GC
furosemide injection syringe 10 mg/ml	1	GC
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	GC
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lasix)	1	GC
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	1	GC
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	GC
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	1	GC
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	GC
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)	1	GC
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	2	GC
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg	2	GC
torsemide oral tablet 20 mg (Soaanz)	2	GC
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	1	GC
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina			
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Lotensin)	1	GC
benazepril oral tablet 5 mg		1	GC
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Lotensin HCT)	2	GC
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg		2	GC
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg		2	GC
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg		2	GC
enalapril maleate oral solution 1 mg/ml	(Epaned)	2	ST; GC; QL (1200 per 30 days)
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	(Vasotec)	1	GC
enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml		2	GC
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	(Vaseretic)	1	GC
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg		1	GC
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	GC
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg		2	GC
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	(Zestril)	1	GC
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Zestoretic)	1	GC
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg		2	GC
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	(Accupril)	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	(Accuretic)	2	GC
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Altace)	1	GC
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg		1	GC
trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg		2	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona			
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	(Tekturna)	2	GC
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	(Inspra)	2	GC
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		3	PA; QL (30 per 30 days)
spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml	(CaroSpir)	2	ST; GC; QL (600 per 30 days)
Vasodilatadores			
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg		2	GC
isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg	(Isordil Titradose)	2	GC
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg		2	GC
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg		1	GC
isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg	(BiDil)	2	GC
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg		2	GC
nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	(Nitrostat)	2	GC
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	(Nitro-Dur)	2	GC
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria			
alosetron oral tablet 0.5 mg	(Lotronex)	2	GC
alosetron oral tablet 1 mg	(Lotronex)	5	NM; NDS
balsalazide oral capsule 750 mg	(Colazal)	2	GC
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg		2	GC
budesonide rectal foam 2 mg/actuation	(Uceris)	2	GC
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	ST; NM; NDS
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	(Cortenema)	2	GC
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	(Delzicol)	2	GC
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	(Apriso)	2	GC
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	(Lialda)	2	GC; QL (120 per 30 days)
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg		2	GC
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	(Canasa)	2	GC
sulfasalazine oral tablet 500 mg	(Azulfidine)	2	GC
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(Azulfidine EN-tabs)	4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica			
alendronate oral solution 70 mg/75 ml		2	GC; QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg		1	GC; QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg		1	GC; QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg	(Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml	(Miacalcin)	5	NM; NDS
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation		2	GC; QL (3.7 per 28 days)
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml		2	GC
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	(Rocaltrol)	2	GC
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	(Rocaltrol)	2	GC
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	(Sensipar)	2	GC; QL (60 per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	(Sensipar)	2	GC; QL (120 per 30 days)
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg		2	GC
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml		2	GC; QL (3 per 84 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml		2	GC; QL (3 per 84 days)
ibandronate oral tablet 150 mg		1	GC; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE		5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg	2	GC
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	2	GC
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg (Zemplar)	2	GC
paricalcitol oral capsule 4 mcg	2	GC
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
risedronate oral tablet 150 mg (Actonel)	2	GC; QL (1 per 28 days)
risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg	2	GC; QL (30 per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg (Actonel)	2	GC; QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	2	GC; QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg (Atelvia)	2	GC; QL (4 per 28 days)
teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)	2	GC; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg	2	GC
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	(Reclast)	2	GC; QL (100 per 300 days)
Agentes De Trastorno De Sueño			
Agentes De Trastorno De Sueño			
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	(Nuvigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	(Lunesta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg	(Provigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	(Provigil)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	(Xyrem)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
tasimelteon oral capsule 20 mg	(Hetlioz)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg		1	GC; QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	(Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg	(Ambien CR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	(Strattera)	2	GC; QL (60 per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	(Strattera)	2	GC; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml) (Cafcit)	2	PA BvD; GC
caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)	2	GC
clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg	2	GC
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	(Ampyra)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Focalin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg	(Dexedrine Spansule)	2	GC; QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg, 5 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg	(Zenzedi)	2	GC; QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg	(Zenzedi)	2	GC; QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg	(Zenzedi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg	(Adderall XR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg	(Adderall XR)	2	GC; 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)	2	GC; QL (60 per 30 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	(Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
edaravone intravenous solution 30 mg/100 ml	(Radicava)	5	PA; NM; NDS; QL (2800 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
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML		5	PA; NM; NDS
fingolimod oral capsule 0.5 mg	(Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml		2	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	(Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	(glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	(Intuniv ER)	2	GC
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)		5	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg		1	GC
lithium carbonate oral tablet 300 mg		2	GC
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg	(Lithobid)	2	GC
lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	2	GC
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NM; NDS
metadate er oral tablet extended release 20 mg (methylphenidate hcl)	2	GC; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg (Metadate CD)	2	GC; QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg (Metadate CD)	2	GC; QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg (Ritalin LA)	2	GC; QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg (Ritalin LA)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	2	GC; QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg		2	GC; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg	(Metadate ER)	2	GC; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)		2	GC; QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg	(Concerta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg	(Concerta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)		2	GC; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML		5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	(edaravone)	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
riluzole oral tablet 50 mg	(Rilutek)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg (Aubagio)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg (Xenazine)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %) (Acetadote)	2	GC
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	PA BvD; GC
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	2	PA BvD; GC
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 534 mg	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
roflumilast oral tablet 250 mcg (Daliresp)	2	GC; QL (28 per 28 days)
roflumilast oral tablet 500 mcg (Daliresp)	2	GC; QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)		5	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG		5	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION		3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		3	QL (60 per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(budesonide-formoterol)	2	GC; QL (30.9 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	(Pulmicort)	2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml	(Pulmicort)	2	PA BvD; GC; QL (60 per 30 days)
budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	(Breyna)	2	GC; QL (30.6 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation		2	GC; QL (12 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation		2	GC; QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation		2	GC; QL (21.2 per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(Wixela Inhub)	2	GC; QL (60 per 30 days)
wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	(fluticasone propion-salmeterol)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Antileucotrinos			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	GC
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	GC
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	2	GC
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Ventolin HFA)	2	GC; QL (17 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
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	GC; QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)	2	GC; 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 %)	2	PA BvD; GC; QL (360 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml	2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	GC
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	2	GC
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg	2	GC
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml (theophylline)	2	GC
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	2	PA BvD; GC; QL (312.5 per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	2	PA BvD; GC; QL (540 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	GC; QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	GC
terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml	5	NM; NDS
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	2	GC
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	2	GC
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	2	GC
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
cevimeline oral capsule 30 mg (Evoxac)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	(Paroex Oral Rinse)	1	GC
denta 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	GC
dentagel dental gel 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	GC
fluoride (sodium) dental solution 0.2 %	(PreviDent)	1	GC
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %	(triamcinolone acetonide)	2	GC
oralone dental paste 0.1 %	(triamcinolone acetonide)	2	GC
paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	GC
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	(chlorhexidine gluconate)	1	GC
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	(Salagen (pilocarpine))	2	GC
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	(fluoride (sodium))	1	GC
sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %	(Denta 5000 Plus Sensitive)	1	GC
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	(Kourzeq)	2	GC
Agentes Dermatológicos			
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos			
ala-cort topical cream 1 %	(hydrocortisone)	2	GC
ala-scalp topical lotion 2 %	(hydrocortisone)	2	GC
alclometasone topical cream 0.05 %		2	GC
alclometasone topical ointment 0.05 %		2	GC
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %		2	GC
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %		2	GC
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
betamethasone valerate topical cream 0.1 %		2	GC
betamethasone valerate topical foam 0.12 %	(Luxiq)	2	GC
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %		2	GC
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %		2	GC
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %		2	GC
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %		2	GC
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %		2	GC
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	(Diprolene (augmented))	2	GC
clobetasol scalp solution 0.05 %		2	GC
clobetasol topical cream 0.05 %		2	GC
clobetasol topical foam 0.05 %	(Olux)	2	GC
clobetasol topical gel 0.05 %		2	GC
clobetasol topical lotion 0.05 %	(Clobex)	2	GC
clobetasol topical ointment 0.05 %		2	GC
clobetasol topical shampoo 0.05 %	(Clobex)	2	GC
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %		2	GC
clobetasol-emollient topical foam 0.05 %	(Olux-E)	2	GC
desonide topical cream 0.05 %	(DesOwen)	2	GC
desonide topical lotion 0.05 %		2	GC
desonide topical ointment 0.05 %		2	GC
desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %	(Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
desoximetasone topical gel 0.05 %	(Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
desoximetasone topical ointment 0.05 %, 0.25 %	(Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diflorasone topical ointment 0.05 %	2	GC; QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
fluocinolone topical cream 0.01 %	2	GC
fluocinolone topical cream 0.025 % (Synalar)	2	GC
fluocinolone topical ointment 0.025 % (Synalar)	2	GC
fluocinonide topical cream 0.05 %	2	GC
fluocinonide topical gel 0.05 %	2	GC
fluocinonide topical ointment 0.05 %	2	GC
fluocinonide topical solution 0.05 %	2	GC
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 % (Fluocinonide-E)	2	GC
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	2	GC
fluticasone propionate topical ointment 0.005 %	2	GC
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	2	GC
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	2	GC
hydrocortisone 2.5% cream	1	GC
hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 % (Locoid)	2	GC; QL (236 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
HYDROCORTISONE LOTION CMPLT KT 2 %	2	GC
hydrocortisone topical cream 1 % (Ala-Cort)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %	(Proctosol HC)	1	GC
HYDROCORTISONE TOPICAL LOTION 2 %	(Ala-Scalp)	2	GC
hydrocortisone topical lotion 2.5 %		2	GC
hydrocortisone topical ointment 1 %	(Anti-Itch (HC))	1	GC
hydrocortisone topical ointment 2.5 %		1	GC
hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %		2	GC
hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %		2	GC
mometasone topical cream 0.1 %		2	GC
mometasone topical ointment 0.1 %		2	GC
mometasone topical solution 0.1 %		2	GC
pimecrolimus topical cream 1 %	(Elidel)	2	GC; QL (100 per 30 days)
prednicarbate topical ointment 0.1 %		2	GC
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	2	GC
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	(hydrocortisone)	2	GC
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %		2	GC; QL (100 per 30 days)
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %		1	GC
triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %	(Triderm)	1	GC
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %		2	GC
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %	(Trianex)	2	GC
Agentes Dermatológicos, Otros			
accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	2	GC
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg		2	GC
acyclovir topical cream 5 %	(Zovirax)	2	GC; QL (5 per 4 days)
acyclovir topical ointment 5 %	(Zovirax)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS	(Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	1	GC
ammonium lactate topical cream 12 %		2	GC
ammonium lactate topical lotion 12 %	(AmLactin)	2	GC
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	GC
calcipotriene scalp solution 0.005 %		2	GC; QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical cream 0.005 %		2	GC; QL (120 per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %		2	GC; QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	(alcohol swabs)	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs)	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	(alcohol swabs)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluorouracil topical cream 0.5 %	(Carac)	5	NM; NDS
fluorouracil topical cream 5 %	(Efudex)	2	GC
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %		2	GC
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	GC
imiquimod topical cream in packet 5 %		2	GC; QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %		3	QL (5 per 5 days)
methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg		5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %		5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
penciclovir topical cream 1 %	(Denavir)	2	GC
podofilox topical solution 0.5 %		2	GC
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	GC
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM		4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	(alcohol swabs)	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %		5	PA NSO; NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(isotretinoin)	2	GC
Antibacterianos Dermatológicos			
clindamycin phosphate topical foam 1 %	(Clindacin)	2	GC; QL (100 per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %		2	GC; QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 %	(Clindacin ETZ)	2	GC
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %	(Neuac)	2	GC
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %		2	GC
ery pads topical swab 2 %	(erythromycin with ethanol)	2	GC
erythromycin with ethanol topical gel 2 %	(Erygel)	2	GC; QL (180 per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %		2	GC; QL (180 per 30 days)
erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %	(Benzamycin)	2	GC
gentamicin topical cream 0.1 %		2	GC; QL (120 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %		2	GC; QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 %	(Rosadan)	2	GC
metronidazole topical gel 0.75 %	(Rosadan)	2	GC
metronidazole topical gel 1 %	(Metrogel)	2	GC
metronidazole topical lotion 0.75 %	(MetroLotion)	2	GC
mupirocin topical ointment 2 %	(Centany)	1	GC; QL (220 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
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml		2	GC
rosadan topical cream 0.75 %	(metronidazole)	2	GC
selenium sulfide topical lotion 2.5 %		2	GC
silver sulfadiazine topical cream 1 %	(SSD)	2	GC
ssd topical cream 1 %	(silver sulfadiazine)	4	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	(Klaron)	2	GC
Escabicidas Y Pediculicidas			
malathion topical lotion 0.5 %	(Ovide)	2	GC
permethrin topical cream 5 %	(Elimite)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos			
adapalene topical cream 0.1 %	(Differin)	2	GC
adapalene topical gel 0.1 %	(Differin)	2	GC
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %		4	PA
tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %	(Tazorac)	2	GC
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	(tazarotene)	4	
tretinoin topical cream 0.025 %	(Avita)	2	PA; GC
tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %	(Retin-A)	2	PA; GC
tretinoin topical gel 0.01 %	(Retin-A)	2	PA; GC
tretinoin topical gel 0.025 %	(Avita)	2	PA; GC
tretinoin topical gel 0.05 %	(Atralin)	2	PA; GC
Agentes Gastrointestinales			
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos			
amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg		2	GC
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cimetidine oral tablet 200 mg	(Acid Reducer (cimetidine))	2	GC
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg		2	GC
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg	(Acid Reducer (esomeprazole))	2	GC; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	(Nexium)	2	GC; QL (60 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg	(Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg	(Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg		2	GC
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml		1	GC
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml		2	GC
famotidine intravenous solution 10 mg/ml		2	GC
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)		2	GC
famotidine oral tablet 20 mg	(Acid Controller)	1	GC
famotidine oral tablet 40 mg	(Pepcid)	1	GC
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg	(Acid Reducer (lansoprazole))	1	GC; QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg	(Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	(Cytotec)	2	GC
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg		1	GC
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram	(Zegerid)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	(Protonix)	2	GC
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 40 mg	(Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
rabeprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg	(AcipHex)	2	GC; QL (30 per 30 days)
sucralfate oral tablet 1 gram	(Carafate)	2	GC
Agentes Gastrointestinales, Otros			
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	(Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
constulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	2	GC
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	(Gastrocrom)	2	GC
dicyclomine oral capsule 10 mg		2	GC
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml		2	GC
dicyclomine oral tablet 20 mg		2	GC
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml		2	GC
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	(Lomotil)	2	GC
enulose oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	2	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; NM; NDS
generlac oral solution 10 gram/15 ml	(lactulose)	2	GC
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	(Robinul)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	(Robinul Forte)	2	GC
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml		2	GC
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	(Constulose)	2	GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		3	QL (30 per 30 days)
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM		3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM		3	QL (30 per 30 days)
loperamide oral capsule 2 mg	(Anti-Diarrheal (loperamide))	2	GC
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	(Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	GC
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml		2	GC
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml		2	GC
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml		2	GC
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	(Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML		5	PA; NM; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg (Buphenyl)	5	PA; NM; NDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	GC
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	GC
ursodiol oral capsule 300 mg	2	GC
ursodiol oral tablet 250 mg	2	GC
ursodiol oral tablet 500 mg (URSO Forte)	2	GC
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	2	GC
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	2	GC
lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg (Fosrenol)	5	NM; NDS
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram (Renvela)	2	GC
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg (Renvela)	2	GC
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	2	GC
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Laxantes			
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML		3	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	(peg 3350-electrolytes)	2	GC
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(peg 3350-electrolytes)	2	GC
gavilyte-n oral recon soln 420 gram	(peg-electrolyte soln)	2	GC
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	(GaviLyte-G)	2	GC
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	(GaviLyte-N)	2	GC
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram	(Suprep Bowel Prep Kit)	3	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)		3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM		3	
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Varios			
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	(Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	(Avodart)	2	GC
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	(Jalyn)	2	GC
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG		4	PA; QL (30 per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	(Proscar)	1	GC
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	(Flomax)	1	GC
terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg		1	GC
terazosin oral capsule 10 mg		1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tiopronin oral tablet 100 mg	(Thiola)	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario			
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg		2	GC
fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg	(Toviaz)	2	GC
flavoxate oral tablet 100 mg		2	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	(mirabegron)	2	GC
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml		2	GC
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg		2	GC
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg		2	GC
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	(Vesicare)	1	GC
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	(Detrol LA)	2	GC
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	(Detrol)	2	GC
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg		2	GC
trospium oral tablet 20 mg		2	GC
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	GC
levothyroxine oral tablet 300 mcg	(Levo-T)	1	GC
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	(Cytomel)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg		1	GC
propylthiouracil oral tablet 50 mg		2	GC
Andrógenos			
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg		2	GC
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg	(Oxandrin)	2	PA; GC
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml	(Depo-Testosterone)	2	PA; GC
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)		2	PA; GC
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml		2	PA; GC; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	(Vogelxo)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	(AndroGel)	2	PA; GC; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	(AndroGel)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)		2	PA; GC; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML		3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos			
amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	2	GC
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	(estradiol)	2	GC; 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
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	(Estrace)	1	GC
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Dotti)	2	GC; QL (8 per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(Climara)	2	GC; QL (4 per 28 days)
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	(Estrace)	2	GC
estradiol vaginal tablet 10 mcg	(Yuvafem)	2	GC; QL (18 per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	(Delestrogen)	2	GC
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg		2	GC
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR		4	QL (1 per 84 days)
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	(estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	(estradiol-norethindrone acet)	2	GC
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	(Fyavolv)	2	GC
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG		3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG		3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG	(conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM		3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)		3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	
raloxifene oral tablet 60 mg	(Evista)	2	GC
yuvafem vaginal tablet 10 mcg	(estradiol)	2	GC; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides			
betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml	(Celestone Soluspan)	2	GC
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml		2	GC
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg		2	GC
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml		1	GC
dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml		1	GC
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml		1	GC
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml		2	GC
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg		2	GC
HEMADY ORAL TABLET 20 MG		4	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Cortef)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	(Depo-Medrol)	2	GC
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	(Medrol)	2	GC
methylprednisolone oral tablet 32 mg		2	GC
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	(Medrol (Pak))	2	GC
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg		2	GC
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg	(Solu-Medrol)	1	GC
prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)		2	PA BvD; GC
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml		2	PA BvD; GC
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)		2	PA BvD; GC
prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	(Pediapred)	2	PA BvD; GC
prednisone oral solution 5 mg/5 ml		2	PA BvD; GC
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg		1	PA BvD; GC
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)		2	GC
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML		4	
triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml	(Kenalog)	2	GC
Pituitario			
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML		5	PA; NM; NDS; QL (35 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
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	5	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	GC
desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv (DDAVP)	5	NM; NDS
desmopressin injection solution 4 mcg/ml (DDAVP)	2	GC
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	GC
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)	2	GC
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NM; NDS
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml	2	GC
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml (Sandostatin)	2	GC
octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml (Sandostatin)	5	NM; NDS
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	2	GC
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML (lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML (lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML (lanreotide)	5	PA NSO; NM; NDS; 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		5	PA; NM; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)		5	PA; NM; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 2 MG/ML		5	PA; NM; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG		5	PA; NM; NDS
Progestinas			
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML		4	QL (1 per 84 days)
gallifrey oral tablet 5 mg	(norethindrone acetate)	2	GC
hydroxyprogesterone cap(ppres) intramuscular oil 250 mg/ml		5	NM; NDS
hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil 250 mg/ml		5	NM; NDS
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	(Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	(Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	(Provera)	1	GC
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)		2	GC
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	(Gallifrey)	2	GC
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml		2	GC
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	(Prometrium)	2	GC

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL (tacrolimus) CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	4	PA BvD
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg (Imuran)	2	PA BvD; GC
azathioprine sodium injection recon soln 100 mg	2	PA BvD; GC
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NM; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS

Puede encontrar información sobre qué significan 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 UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml (Sandimmune)	2	PA BvD; GC
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg (Gengraf)	2	PA BvD; GC
cyclosporine modified oral capsule 50 mg	2	PA BvD; GC
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml (Gengraf)	2	PA BvD; GC
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg (Sandimmune)	2	PA BvD; GC
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NM; NDS
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg (Zortress)	5	PA BvD; NM; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NM; NDS
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)	2	PA BvD; GC
gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)	2	PA BvD; GC
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
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 %)	5	PA BvD; NM; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
infliximab intravenous recon soln 100 mg (Remicade)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		5	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML		5	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML		5	PA; NM; NDS
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	(Arava)	2	GC
mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg	(CellCept Intravenous)	2	PA BvD; GC
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	(CellCept)	2	PA BvD; GC
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	(CellCept)	5	PA BvD; NM; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	(CellCept)	2	PA BvD; GC
mycophenolate sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	(Myfortic)	2	PA BvD; GC
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %		5	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		5	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG		5	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML		5	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML		5	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	5	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NM; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
sirolimus oral solution 1 mg/ml	5	PA BvD; NM; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	PA BvD; GC
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NM; NDS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg (Prograf)	2	PA BvD; GC
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/0.25 ML, 40 MG/0.5 ML, 80 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5	PA; NM; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; NM; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NM; NDS
Vacunas		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	3	$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	3	$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD; $0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD; $0 copay

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD; $0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus-diphtheria toxoids-td)	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	$0 copay; QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	$0 copay

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	3	$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	$0 copay; QL (2 per 365 days)
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	3	$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	$0 copay
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	GC
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	GC
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	2	GC
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %		2	GC; QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %	(Alphagan P)	2	GC
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %		2	GC
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %	(Combigan)	2	GC
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Azopt)	2	GC
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %		2	GC
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %		2	GC
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	(Cosopt)	2	GC
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	(Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %		1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %		3	QL (2.5 per 25 days)
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg		2	GC
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %		2	GC
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %		3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %		3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %		3	
tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %	(Zioptan (PF))	2	GC; QL (30 per 30 days)
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %		1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	2	GC
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 % (Travatan Z)	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	2	GC
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	2	GC
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram (Polycin)	2	GC
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	GC
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	2	GC; QL (7.5 per 7 days)
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	2	GC; QL (3.5 per 4 days)
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	GC
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	2	GC
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	GC
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	2	GC
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	GC
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Vigamox)	2	GC
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(Neo-Polycin HC)	2	GC
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(Neo-Polycin)	2	GC
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	(Maxitrol)	2	GC
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	(Maxitrol)	2	GC
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml		2	GC
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml		2	GC
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		2	GC
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%		2	GC
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	(neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	GC
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	GC
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	(Ocuflox)	2	GC
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %		2	GC
polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	(bacitracin-polymyxin b)	2	GC
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml		1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	2	GC
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	2	GC
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	2	GC
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	GC
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	2	GC
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	GC
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 % (Prolensa)	3	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 % (BromSite)	3	
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %	2	GC
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	2	GC
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	2	GC
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 % (Durezol)	2	GC
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	2	GC; QL (50 per 25 days)
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 % (DermOtic Oil)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	(FML Liquifilm)	4	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %		2	GC
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	(24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %		3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %		3	QL (5.6 per 14 days)
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Acular)	2	GC; QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %		3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %		3	QL (5 per 16 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %	(Lotemax)	2	GC; QL (10 per 14 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	(Alrex)	3	ST; QL (10 per 25 days)
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %	(Lotemax)	2	GC; QL (15 per 19 days)
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	(Allergy Nasal (mometasone))	2	GC; QL (34 per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	(Pred Forte)	4	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %		2	GC
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %		3	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	(cyclosporine)	2	GC; QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION		3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %		3	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios			
alcaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(proparacaine)	2	GC
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %		2	GC
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	(Isopto Atropine)	2	GC
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)		2	GC; QL (30 per 25 days)
azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)	(Astepro Allergy)	2	GC; QL (30 per 25 days)
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		2	GC
bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %	(Bepreve)	2	ST; GC
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %		2	GC
cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %	(Cyclogyl)	2	GC
CYSTADROPS OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %		5	PA; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %		2	GC
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)		2	GC; QL (30 per 28 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)		2	GC; QL (15 per 10 days)
levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %		2	GC
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	(Patanase)	2	GC; QL (30.5 per 30 days)
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	(Eye Allergy Itch Relief)	2	GC
proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	(Alcaine)	2	GC
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG		5	PA; NM; NDS
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
Agentes Terapeuticos Misceláneos			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
betaine oral powder 1 gram/scoop	(Cystadane)	5	PA; NM; NDS
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		2	GC
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML		5	PA; NM; NDS
dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg		5	NM; NDS
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	(Proglycem)	2	GC
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		4	QL (90 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML		5	PA; NM; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML		5	PA; NM; LA; NDS
fomepizole intravenous solution 1 gram/ml		5	NM; NDS
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	(Endari)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML		3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML		3	

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML		3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML		3	
hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg		2	GC
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg	(Vistaril)	1	GC
hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg		1	GC
leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg		2	GC
leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml		2	GC
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg		2	GC
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	(Carnitor)	2	GC
levocarnitine oral tablet 330 mg	(Carnitor)	2	GC
levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml	(Carnitor (sugar-free))	2	GC
levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg	(Fusilev)	5	NM; NDS
mesna intravenous solution 100 mg/ml	(Mesnex)	2	GC
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	NM; NDS
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	(Rectiv)	2	GC; QL (30 per 30 days)
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml	(Mestinon)	2	GC
pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg		2	GC
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	(Mestinon)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg (Mestinon Timespan)	2	GC
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML	5	PA; NM; NDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NM; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NM; NDS; QL (24 per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Vasodilatadores			
Agentes Vasodilatadores			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
alyq oral tablet 20 mg	(tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	(Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	(Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg	(Veletri)	5	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml	(Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	(Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	(Alyq)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg		2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	(Cialis)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG		5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	(Remodulin)	5	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)		5	PA; NM; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG		5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)		5	PA; NM; NDS
Analgésicos			
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos			
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg	(Celebrex)	2	GC; QL (60 per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg		2	GC; QL (150 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg		2	GC; QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg		1	GC; QL (60 per 30 days)
diclofenac sodium topical drops 1.5 %		2	GC; QL (300 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 1 %	(Aleve (diclofenac))	2	GC; QL (1000 per 30 days)
diclofenac sodium topical gel 3 %		2	PA; GC; QL (100 per 28 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	(Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg	(Arthrotec 50)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg	(Arthrotec 75)	2	GC
diflunisal oral tablet 500 mg		2	GC
ec-naproxen dr 500 mg tablet	(naproxen)	2	GC
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg		2	GC
etodolac oral tablet 400 mg	(Lodine)	2	GC
etodolac oral tablet 500 mg		2	GC
fenoprofen oral tablet 600 mg	(Nalfon)	2	GC
flurbiprofen oral tablet 100 mg		2	GC
ibu oral tablet 400 mg	(ibuprofen)	1	GC; QL (240 per 30 days)
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	(ibuprofen)	1	GC
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	(Children's Advil)	2	GC
ibuprofen oral tablet 400 mg	(IBU)	1	GC; QL (240 per 30 days)
ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg	(IBU)	1	GC
ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg	(Duexis)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
indomethacin oral capsule 25 mg		1	GC; QL (240 per 30 days)
indomethacin oral capsule 50 mg		1	GC; QL (120 per 30 days)
indomethacin oral capsule, extended release 75 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg		2	GC
ketoprofen oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 200 mg		2	GC
ketorolac injection solution 15 mg/ml		2	GC; QL (40 per 30 days)
ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)		2	GC; QL (20 per 30 days)
ketorolac injection syringe 15 mg/ml		2	GC; QL (40 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
ketorolac injection syringe 30 mg/ml		2	GC; QL (20 per 30 days)
ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml		2	GC; QL (20 per 30 days)
ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml		2	GC; QL (20 per 30 days)
ketorolac oral tablet 10 mg		2	GC; QL (20 per 30 days)
mefenamic acid oral capsule 250 mg		2	GC
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg		1	GC
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg		2	GC
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg		1	GC
naproxen oral tablet 500 mg	(Naprosyn)	1	GC
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	(EC-Naprosyn)	2	GC
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	(EC-Naproxen)	2	GC
piroxicam oral capsule 10 mg		2	GC
piroxicam oral capsule 20 mg	(Feldene)	2	GC
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg		2	GC
tolmetin oral capsule 400 mg		2	GC
tolmetin oral tablet 600 mg	(Tolectin 600)	2	GC
Analgésicos, Varios			
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml		2	GC; QL (4500 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg		2	GC; QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg	(codeine-butalbital-asa-caff)	2	GC; QL (180 per 30 days)
buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml		2	GC
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour	(Butrans)	2	GC; QL (4 per 28 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg	(Fioricet with Codeine)	2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	(Tencon)	2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg	(Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg	(Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml		2	GC; QL (5 per 28 days)
codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg		2	GC; QL (180 per 30 days)
codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg	(Ascomp with Codeine)	2	GC; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (360 per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg		5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg		2	PA; GC; QL (120 per 30 days)

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg		2	GC; QL (60 per 30 days)
oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg		5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
tencon oral tablet 50-325 mg	(butalbital-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
tramadol oral tablet 50 mg		1	GC; QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg		2	GC; QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG		3	QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG		3	QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG		5	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
zebutal oral capsule 50-325-40 mg	(butalbital-acetaminophen-caff)	2	GC; QL (180 per 30 days)
Anestésicos			
Anestesia Local			
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	(lidocaine hcl)	2	GC; QL (30 per 30 days)
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	(Xylocaine-MPF)	1	GC
lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)		1	GC
lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml ampule outer,p/f,sdv 20 mg/ml (2 %)	(Xylocaine-MPF)	2	GC
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)	(Xylocaine)	2	GC
lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)	(Xylocaine)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %	(Glydo)	2	GC; QL (30 per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)		2	PA; GC
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	(Tridacaine II)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %		2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	(lidocaine hcl)	2	GC
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %		2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	(lidocaine)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados			
Antagonistas De Metales Pesados			
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	(Jadenu Sprinkle)	5	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	(Jadenu)	5	PA; NM; NDS
deferasirox oral tablet 90 mg	(Jadenu)	2	PA; GC
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	(Exjade)	2	PA; GC
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	(Exjade)	5	PA; NM; NDS
deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg	(Ferriprox)	5	PA; NM; NDS
deferoxamine injection recon soln 2 gram		5	PA; NM; NDS
deferoxamine injection recon soln 500 mg	(Desferal)	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG		5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 MG	(deferiprone)	5	PA; NM; NDS
penicillamine oral tablet 250 mg	(Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
trientine oral capsule 250 mg	(Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)			
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	(Cleocin)	2	GC
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	(Vandazole)	2	GC
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %		2	GC
terconazole vaginal suppository 80 mg		2	GC
Antibacterianos			
Aminoglicósidos			
gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml		2	GC
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml		2	GC
gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml		2	GC
neomycin oral tablet 500 mg		2	GC
streptomycin intramuscular recon soln 1 gram		5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG		5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	(Tobi)	5	PA BvD; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml	(Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS
tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml		2	GC
Antibacteriales, Misceláneos			
bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit		2	GC
chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram		2	GC
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	(Cleocin HCl)	1	GC
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml		2	GC
clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml	(clindamycin palmitate hcl)	2	GC
clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml	(Cleocin)	2	GC
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	(Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
daptomycin intravenous recon soln 500 mg		5	NM; NDS
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	(Zyvox)	2	GC
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	(Zyvox)	5	NM; NDS
linezolid oral tablet 600 mg	(Zyvox)	2	GC
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	(Hiprex)	2	GC
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	(Metro I.V.)	2	GC
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg		1	GC
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Macrodantin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	(Macrobid)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit		2	GC
trimethoprim oral tablet 100 mg		1	GC
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg		2	GC
vancomycin oral capsule 125 mg	(Vancocin)	2	GC; QL (56 per 14 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	(Vancocin)	2	GC; QL (112 per 14 days)
vancomycin oral recon soln 25 mg/ml	(Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG		3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos			
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	(Azactam)	2	GC
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML		5	PA; NM; LA; NDS
ertapenem injection recon soln 1 gram		2	GC
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg		2	GC
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	(Primaxin IV)	2	GC
meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg		2	GC
Cefalosporinas			
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg		2	GC
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml		2	GC
cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
cefadroxil oral capsule 500 mg	2	GC
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	2	GC
cefadroxil oral tablet 1 gram	2	GC
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml	2	GC
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg	2	GC
cefazolin intravenous recon soln 3 gram	4	
cefdinir oral capsule 300 mg	2	GC
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	GC
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	2	GC
cefixime oral capsule 400 mg	2	GC
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	2	GC
cefotaxime injection recon soln 1 gram	2	GC
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2	GC
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml	2	GC
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	2	GC
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	GC
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram (Tazicef)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	2	GC
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	GC
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram	2	GC
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	GC
cephalexin oral capsule 750 mg	2	GC
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	GC
cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg (Zithromax)	2	GC
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (Zithromax)	2	GC
azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)	1	GC
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)	1	GC
azithromycin oral tablet 600 mg	2	GC
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	GC
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (E.E.S. Granules)	2	GC
erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml (EryPed 400)	2	GC
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	GC
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	GC
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1	GC
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1	GC
amoxicillin oral tablet,chewable 125 mg, 250 mg	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml (Augmentin)	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml (Augmentin ES-600)	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg (Augmentin)	1	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg (Augmentin XR)	2	GC
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet,chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	2	GC
ampicillin oral capsule 500 mg	2	GC
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg	2	GC
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram (Unasyn)	2	GC
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	2	GC
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	4	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	4	
nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2	GC
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit (Pfizerpen-G)	2	GC
penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml	2	GC
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	GC
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit	(penicillin g potassium)	2	GC
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram		2	GC
Quinolonas			
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg		2	GC
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg	(Cipro)	1	GC
ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg		1	GC
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		2	GC
ciprofloxacin oral suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	(Cipro)	2	GC
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml		2	GC
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml		2	GC
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml		2	GC
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg		1	GC
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag		2	GC
moxifloxacin oral tablet 400 mg		2	GC
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	(Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	GC
Sulfonamidas			
sulfadiazine oral tablet 500 mg		2	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml		2	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	(Sulfatrim)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg	(Bactrim)	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg	(Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas			
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg		2	GC
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	(doxycycline hyclate)	2	GC
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	(Doxy-100)	2	GC
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	(Morgidox)	2	GC
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg		2	GC
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
doxycycline hyclate oral tablet,delayed release (dr/ec) 200 mg	(Doryx)	2	GC
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg	(Mondoxyne NL)	2	GC
doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg	(Monodox)	2	GC
doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml		2	GC
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg	(Avidoxy)	2	GC
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
mondoxyne nl oral capsule 100 mg	(doxycycline monohydrate)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mondoxyne nl oral capsule 75 mg	(doxycycline monohydrate)	2	GC; QL (60 per 30 days)
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg		2	GC
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	(Tygacil)	5	NM; NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		2	GC
amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg		2	GC
ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg		2	GC
blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg		2	GC
camila oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg		2	GC
chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		2	GC
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
deblitane oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(Azurette (28))	2	GC
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	(Enskyce)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg	(Jasmiel (28))	2	GC
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg	(Syeda)	2	GC
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
ELLA ORAL TABLET 30 MG		4	QL (6 per 365 days)
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
emzahh oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC
errin oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg	(Kelnor 1/35 (28))	2	GC
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	(Kelnor 1/50 (28))	2	GC
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(EluRyng)	2	GC; QL (1 per 28 days)
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
heather oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
incassia oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC
jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
jencycla oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(LoJaimiess)	2	GC; QL (91 per 84 days)
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(Amethia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)	(Balcoltra)	2	GC
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(Afirmelle)	2	GC
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg	(Altavera (28))	2	GC
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(Iclevia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(Enpresse)	2	GC
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; 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
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
lyleq oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
lyza oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		2	GC
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(Xulane)	2	GC; QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	(Camila)	1	GC
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg	(Aurovela 1.5/30 (21))	2	GC
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg	(Aurovela 1/20 (21))	2	GC
norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(Merzee)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	GC
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(Tri-Legest Fe)	2	GC
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(Tri-Lo-Estarylla)	2	GC
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(Tri-Estarylla)	2	GC
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(Mili)	2	GC
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		2	GC
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)		2	GC
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		2	GC
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg		2	GC
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg		2	GC
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg		2	GC
pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
sharobel oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)		4	
sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
syeda oral tablet 3-0.03 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
tulana oral tablet 0.35 mg	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
tyblume oral tablet,chewable 0.1 mg- 20 mcg		4	
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg		2	GC
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg		2	GC
vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg		2	GC
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
zarah oral tablet 3-0.03 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
Anticonvulsivos			
Anticonvulsivos			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		3	QL (60 per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	(Carbatrol)	2	GC
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	(Tegretol)	2	GC
carbamazepine oral tablet 200 mg	(Epitol)	2	GC
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	(Tegretol XR)	2	GC
carbamazepine oral tablet,chewable 100 mg		2	GC
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	(Onfi)	2	GC; QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	(Onfi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	(Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	(Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml	(Neurontin)	2	GC; QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	(Neurontin)	2	GC; QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	(Neurontin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	(Vimpat)	2	GC; QL (200 per 5 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	(Vimpat)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	(Vimpat)	2	GC; QL (60 per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(Subvenite)	1	GC
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) -50 mg (7)	(Lamictal ODT Starter (Blue))	2	GC
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)	(Lamictal ODT Starter (Orange))	2	GC
lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) -100 mg (14)	(Lamictal ODT Starter (Green))	2	GC
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	(Lamictal XR)	2	GC
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	(Lamictal)	2	GC
lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Lamictal ODT)	2	GC
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	(Keppra)	2	GC
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	(Keppra)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	(Keppra)	2	GC
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	(Keppra XR)	2	GC
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		4	QL (10 per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	(Celontin)	2	GC
NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	QL (10 per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	(Trileptal)	2	GC
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	(Trileptal)	2	GC
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)		2	GC
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg		2	GC
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	(Dilantin-125)	2	GC
phenytoin oral tablet,chewable 50 mg	(Dilantin Infatabs)	2	GC
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	(Dilantin Extended)	2	GC
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	(Phenytek)	2	GC
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	GC
phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml		2	GC
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Lyrica)	2	GC; QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	(Lyrica)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pregabalin oral solution 20 mg/ml	(Lyrica)	2	GC; QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 125 mg		2	GC
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	(Mysoline)	2	GC
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	(Banzel)	5	NM; NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	(Banzel)	2	GC
rufinamide oral tablet 400 mg	(Banzel)	5	NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG		5	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	ST; QL (120 per 30 days)
subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	(lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg		2	GC
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	(Topamax)	2	GC
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	(Topamax)	1	GC
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)		2	GC
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml		2	GC
valproic acid oral capsule 250 mg		2	GC
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VALTOCO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NM; NDS
vigabatrin oral powder in packet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg (Zonegran)	2	GC
zonisamide oral capsule 50 mg	2	GC
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg		2	GC
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg		2	GC
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG		5	ST; NM; NDS
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg		2	GC
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg	(Wellbutrin XL)	2	GC
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	(Wellbutrin SR)	2	GC
citalopram oral solution 10 mg/5 ml		2	GC; QL (600 per 30 days)
citalopram oral tablet 10 mg	(Celexa)	1	GC; QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg	(Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Anafranil)	2	GC
desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg	(Norpramin)	2	GC
desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Pristiq)	2	GC; QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
doxepin oral concentrate 10 mg/ml		1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	ST; QL (60 per 30 days)

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg (Cymbalta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
duloxetine oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg	2	GC; QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	2	GC
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg (Prozac)	1	GC
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	GC
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	GC
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	2	GC
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg	2	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)	2	GC
mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	(Remeron SolTab)	2	GC
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg		2	GC
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	(Pamelor)	1	GC
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml		2	GC
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	(Paxil)	2	GC
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	(Paxil)	1	GC
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	(Paxil CR)	2	GC
perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg		2	GC
phenelzine oral tablet 15 mg	(Nardil)	2	GC
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg		2	GC
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	(Zoloft)	2	GC
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	(Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 28 MG		4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)		5	PA NSO; NM; NDS
tranylcypromine oral tablet 10 mg	(Parnate)	2	GC
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg		1	GC
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		3	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg		4	QL (60 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 150 mg	(Effexor XR)	1	GC; QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral capsule,extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg	(Effexor XR)	2	GC; QL (90 per 30 days)
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg		2	GC
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg		2	GC; QL (30 per 30 days)
venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg		2	GC; QL (90 per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Viibryd)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG		5	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos			
Antifúngicos			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA BvD
amphotericin b injection recon soln 50 mg		2	PA BvD; GC
amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg	(AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
caspofungin intravenous recon soln 50 mg	(Cancidas)	2	GC
caspofungin intravenous recon soln 70 mg	(Cancidas)	5	NM; NDS
ciclopirox topical cream 0.77 %	(Ciclodan)	2	GC; QL (180 per 30 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %		2	GC; QL (300 per 30 days)
ciclopirox topical shampoo 1 %		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ciclopirox topical solution 8 %	(Ciclodan)	2	GC; QL (19.8 per 30 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	(Loprox (as olamine))	2	GC; QL (180 per 30 days)
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg		2	GC
clotrimazole topical cream 1 %	(Antifungal (clotrimazole))	2	GC
clotrimazole topical solution 1 %		2	GC
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %		2	GC; QL (90 per 30 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %		2	GC; QL (90 per 30 days)
econazole topical cream 1 %		2	GC; QL (170 per 30 days)
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml		2	GC
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml		2	GC
fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml	(Diflucan)	2	GC
fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg	(Diflucan)	2	GC
fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg		2	GC
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	(Ancobon)	5	NM; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml		2	GC
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg		2	GC
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg		2	GC
itraconazole oral capsule 100 mg	(Sporanox)	2	GC
itraconazole oral solution 10 mg/ml	(Sporanox)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ketoconazole oral tablet 200 mg		2	GC
ketoconazole topical cream 2 %		2	GC; QL (180 per 30 days)
ketoconazole topical foam 2 %	(Extina)	2	ST; GC; QL (100 per 30 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %		2	GC; QL (360 per 30 days)
miconazole-3 vaginal suppository 200 mg		2	GC
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML	(posaconazole)	5	NM; NDS
NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG		5	PA; NM; NDS
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml		2	GC; QL (900 per 30 days)
nystatin oral tablet 500,000 unit		2	GC
nystatin topical cream 100,000 unit/gram		2	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram		2	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	(Nyamyc)	2	GC; QL (60 per 30 days)
nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%		2	GC
nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%		2	GC
nystop topical powder 100,000 unit/gram	(nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml	(Noxafil)	5	NM; NDS
posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Noxafil)	5	PA; NM; NDS
posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg	(Noxafil)	5	PA; NM; NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg		1	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	(Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	(Vfend)	5	PA; NM; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg	(Vfend)	2	GC
Antihistamínicos			
Antihistamínicos			
carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml		2	GC
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg		2	GC
clemastine oral tablet 2.68 mg		2	GC
cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml		2	GC
cyproheptadine oral tablet 4 mg		2	GC
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml		2	GC
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml		1	GC
diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml	(Diphen)	2	GC
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml		2	GC
hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml		2	GC
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg		1	GC
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	(Xyzal)	2	GC
levocetirizine oral tablet 5 mg	(24HR Allergy Relief)	1	GC
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml		2	GC
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales			
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg		2	GC
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml		2	GC
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg		1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG		4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
pyrazinamide oral tablet 500 mg		2	GC
rifabutin oral capsule 150 mg	(Mycobutin)	2	GC
rifampin intravenous recon soln 600 mg	(Rifadin)	2	GC
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg		2	GC
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antivirales (Sitémico)			
Antirretrovirales			
abacavir oral solution 20 mg/ml	(Ziagen)	2	GC
abacavir oral tablet 300 mg		2	GC
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg		2	GC
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	(cabotegravir)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	NM; NDS
atazanavir oral capsule 150 mg		2	GC
atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg	(Reyataz)	2	GC
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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		5	NM; NDS
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)		5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)	(Apretude)	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	NM; NDS
darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg	(Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG		5	NM; NDS
didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg		2	GC
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	NM; NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg		2	GC
efavirenz oral tablet 600 mg		2	GC
efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg	(Atripla)	5	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg	(Symfi Lo)	5	NM; NDS
efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg	(Symfi)	5	NM; NDS
emtricitabine oral capsule 200 mg	(Emtriva)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	(Truvada)	5	NM; NDS
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	(Truvada)	2	GC
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)		4	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	(Intelence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	NM; NDS
fosamprenavir oral tablet 700 mg		5	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG		5	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG		5	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG		4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	NM; NDS
lamivudine oral solution 10 mg/ml	(Epivir)	2	GC
lamivudine oral tablet 100 mg		2	GC
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	(Epivir)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)	2	GC
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NM; NDS
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	GC
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg (Viread)	2	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)		5	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG		4	
zidovudine oral capsule 100 mg	(Retrovir)	2	GC
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	(Retrovir)	2	GC
zidovudine oral tablet 300 mg		2	GC
Antivirales Hcv			
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	(sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	(ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios			
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML		4	PA

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
foscarnet intravenous solution 24 mg/ml	(Foscavir)	2	PA BvD; GC
oseltamivir oral capsule 30 mg	(Tamiflu)	2	GC; QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg	(Tamiflu)	2	GC; QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg	(Tamiflu)	2	GC; QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	(Tamiflu)	2	GC; QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG		3	$0 copay; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML		5	PA; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML		5	PA; NM; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION		4	QL (60 per 180 days)
rimantadine oral tablet 100 mg	(Flumadine)	2	GC
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG		4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG		4	QL (2 per 180 days)
Interferones			
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML		5	PA; NM; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos			
acyclovir oral capsule 200 mg		2	GC
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml	(Zovirax)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg		2	GC
acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg		2	PA BvD; GC
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		2	PA BvD; GC
adefovir oral tablet 10 mg	(Hepsera)	2	GC
cidofovir intravenous solution 75 mg/ml		5	NM; NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	(Baraclude)	2	GC
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg		2	GC
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg		5	PA BvD; NM; NDS
ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml		5	PA BvD; NM; NDS
lagevrio (eua) oral capsule 200 mg		4	QL (40 per 5 days)
ribavirin inhalation recon soln 6 gram	(Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
ribavirin oral capsule 200 mg		2	GC
ribavirin oral tablet 200 mg		2	GC
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	(Valtrex)	2	GC
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	(Valcyte)	5	NM; NDS
valganciclovir oral tablet 450 mg	(Valcyte)	2	GC
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	(remdesivir)	5	PA BvD; NM; NDS
Dispositivos			
Dispositivos			
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	GC
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "		2	GC
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"		2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"		2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	(insulin syringe needleless)	2	GC
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"		2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"		2	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"		2	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	2	GC
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		2	GC
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		3	
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(UltiCare Insuln Syr(half unit))	2	GC
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		2	GC
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	GC
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	GC
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	GC
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"		2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort Touch Pen Needle)	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"		2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2	GC
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2	GC
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(BD Veo Insulin Syringe UF)	2	GC
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29	(Ultilet Insulin Syringe)	2	GC
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"		2	GC
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
RELION NEEDLES NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
RELION PEN NEEDLES NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"		2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	GC
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	GC
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	GC
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"		2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"		2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		2	GC
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"		2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		2	GC
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"		2	GC
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	2	GC
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"		2	GC
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	GC
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"		2	GC
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		2	GC
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan 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-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE		2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)	2	GC
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	GC
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	GC
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	2	GC
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq (potassium chloride)	2	GC
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq (potassium chloride)	2	GC
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq (potassium chloride)	2	GC
magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	2	GC
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l		2	GC
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	2	GC
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	2	GC
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		2	GC
potassium cl 10 meq/5 ml conc sdv,p/f,outer 2 meq/ml		2	PA BvD; GC
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		2	GC
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		2	GC
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		2	GC
Productos Sanguíneos/Modificadores/ Expansores De Volumen			
Agentes Hematológicos, Varios			
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; NM; NDS
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	2	GC
anagrelide oral capsule 1 mg		2	GC
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG		5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML		5	PA; NM; NDS
protamine intravenous solution 10 mg/ml		2	GC

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)	(Cyklokapron)	2	GC
tranexamic acid oral tablet 650 mg		2	GC
Anticoagulantes			
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	2	GC; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)		3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		3	QL (74 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	(Lovenox)	2	GC; QL (30 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	(Lovenox)	2	GC; QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	2	GC; QL (48 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml	(Lovenox)	2	GC; QL (18 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml	(Lovenox)	2	GC; QL (24 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml	(Lovenox)	2	GC; QL (36 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	(Arixtra)	2	GC; QL (15 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml	(Arixtra)	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)		2	GC

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	GC
heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml	2	GC
heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml	2	GC
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (warfarin)	1	GC
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg (Jantoven)	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	2	GC; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	2	GC
clopidogrel oral tablet 75 mg (Plavix)	1	GC
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	GC
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg (Effient)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NM; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NM; NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) (plerixafor)	5	NM; NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
plerixafor subcutaneous solution 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) (Mozobil)	5	NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NM; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NM; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NM; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NM; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 - 30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NM; NDS
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NM; NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NM; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
javygtor oral tablet,soluble 100 mg (sapropterin)	5	PA; NM; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NM; NDS
miglustat oral capsule 100 mg (Yargesa)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg (Orfadin)	5	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg (Javygtor)	5	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NM; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
yargesa oral capsule 100 mg (miglustat)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg	2	GC
chlorzoxazone oral tablet 250 mg	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	2	GC
chlorzoxazone oral tablet 750 mg (Lorzone)	2	GC; QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	GC
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	2	GC
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	2	GC
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	2	GC
revonto intravenous recon soln 20 mg (dantrolene)	2	GC
tizanidine oral tablet 2 mg	2	GC
tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)	2	GC

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg		2	GC
pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg		2	GC
pnv-omega softgel 28-1-300 mg		2	GC
pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg		2	GC
pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg		2	GC
pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg		2	GC
pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg		2	GC
prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg		2	GC
prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg		2	GC
prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg		2	GC
prenatabs fa tablet 29-1 mg		2	GC
prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg		2	GC
prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg		2	GC
prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg		2	GC
prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	GC
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
prenatal-u capsule 106.5-1 mg		2	GC
preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg		2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg	2	GC
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	2	GC
select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg	2	GC
se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg	2	GC
taron-c dha capsule 35-1-200 mg	2	GC
taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg	2	GC
triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg	2	GC
vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg	2	GC
virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg	2	GC
virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	2	GC
virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg	2	GC
virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg	2	GC
vitafol gummies 3.33 mg iron-0.33 mg	2	GC
vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg	2	GC
vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg	2	GC
vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg	2	GC
vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg	2	GC
zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg	2	GC
zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
zingiber tablet 1.2 mg-40 mg-124.1 mg-100 mg	2	GC

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 164, 165
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 165
abacavir 157
abacavir-lamivudine 157
ABELCET 153
ABILIFY ASIMTUFII 37
ABILIFY MAINTENA 37
abiraterone 3
ABOUTTIME PEN NEEDLE 165
ABRAXANE 3
ABRYSVO (PF) 102
acamprosate 20
acarbose 24
accutane 78
acebutolol 47
acetaminophen-codeine 120
acetazolamide 107
acetazolamide sodium 107
acetic acid 109
acetylcysteine 68
acitretin 78
ACTEMRA 95
ACTEMRA ACTPEN 95
ACTHAR 91
ACTHAR SELFJECT 92
ACTHIB (PF) 102
ACTIMMUNE 114
acyclovir 78, 163, 164
acyclovir sodium 164
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 102
ADAKVEO 211
adapalene 81
adefovir 164
ADEMPAS 117
adrucil 3
ADVAIR HFA 70
ADVOCATE PEN NEEDLE . 166
ADVOCATE SYRINGES 165, 166
afirmelle 135
AIRSUPRA 70, 71
AJOVY AUTOINJECTOR 30
AJOVY SYRINGE 30
AKEEGA 3
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) 32
AKYNZEO (NETUPITANT) ... 32
ala-cort 74
ala-scalp 74
albendazole 34
albuterol sulfate 71, 72
alcaine 113
alclometasone 74
ALCOHOL PADS 78
ALCOHOL PREP PADS 79
ALCOHOL PREP SWABS 78
ALCOHOL SWABS 78
ALCOHOL WIPES 78
ALDURAZYME 216
ALECENSA 3
alendronate 60
alfuzosin 86
aliskiren 58
allopurinol 30
alosetron 59
alprazolam 22
altavera (28) 135
ALTRENO 81
ALUNBRIG 3
ALVAIZ 214
alyacen 1/35 (28) 135
alyacen 7/7/7 (28) 135
alyq 117
amabelz 88
amantadine hcl 35
ambrisentan 117
amethia 135
amiloride 55
amiloride-hydrochlorothiazide 55
amiodarone 46
amitriptyline 149
amitriptyline-chlordiazepoxide 150
amlodipine 52
amlodipine-atorvastatin 53
amlodipine-benazepril 52
amlodipine-olmesartan 52
amlodipine-valsartan 52
amlodipine-valsartan-hcthiazid 52
ammonium lactate 78
amoxapine 150
amoxicil-clarithromy-lansopraz 81
amoxicillin 131
amoxicillin-pot clavulanate 131, 132
amphotericin b 153
amphotericin b liposome 153
ampicillin 132
ampicillin sodium 132
ampicillin-sulbactam 132
anagrelide 211
anastrozole 3
ANKTIVA 3
ANORO ELLIPTA 72
apomorphine 35
APONVIE 32
apraclonidine 113
aprepitant 32

APRETUDE 157
apri 135
APTIOM 144
APTIVUS 157
AQINJECT PEN NEEDLE ... 166
aranelle (28) 135
ARCALYST 95
AREXVY (PF) 102
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 102
aripiprazole 37
ARISTADA 37, 38
ARISTADA INITIO 37
armodafinil 62
ARNUITY ELLIPTA 70
ascomp with codeine 120
asenapine maleate 38
ashlyna 135
aspirin-dipyridamole 213
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL 166
ASSURE ID DUO-SHIELD .. 166
ASSURE ID INSULIN SAFETY 166, 167
ASSURE ID PEN NEEDLE . 166
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 166
ASTAGRAF XL 95
atazanavir 157
atenolol 47
atenolol-chlorthalidone 47
atomoxetine 62
atorvastatin 53
atovaquone 34
atovaquone-proguanil 34
atropine 113
ATROVENT HFA 72
aubra eq 135
AUGTYRO 3
aurovela 1.5/30 (21) 135
aurovela 1/20 (21) 135
aurovela 24 fe 135
aurovela fe 1.5/30 (28) 135
aurovela fe 1-20 (28) 135
AUSTEDO 63
AUSTEDO XR 63
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 63
AUVELITY 150
aviane 136
AVONEX 63
AVSOLA 95
ayuna 136
AYVAKIT 3
azacitidine 3
azathioprine 95
azathioprine sodium 95
azelastine 113
azithromycin 130
aztreonam 128
azurette (28) 136
bacitracin 109, 127
bacitracin-polymyxin b 109
baclofen 218
bal-care dha 219
bal-care dha essential 219
balsalazide 59
BALVERSA 3
balziva (28) 136
BCG VACCINE, LIVE (PF) .. 102
BD ALCOHOL SWABS 78
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 167
BD ECLIPSE LUER-LOK 167
BD INSULIN SYRINGE 167
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 167
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 167
BD INSULIN SYRINGE U-500 167
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 167
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 168
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 168
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 168
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 168
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 168
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 168
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 168
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 168
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 168
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 169
BELSOMRA 62
benazepril 57
benazepril-hydrochlorothiazide 57
bendamustine 3
BENDAMUSTINE 4
BENDEKA 4
BENLYSTA 95
benztropine 35
bepotastine besilate 113
BESREMI 95
betaine 114
betamethasone acet,sod phos 90
betamethasone dipropionate . 74
betamethasone valerate 75

betamethasone, augmented ..75
BETASERON 63
betaxolol 47, 107
bethanechol chloride 87
bexarotene 4
BEXSERO 102
BEYFORTUS 162
bicalutamide 4
BICILLIN L-A 132
BIKTARVY 157
bimatoprost 108
bisoprolol fumarate 47
bisoprolol-hydrochlorothiazide 47
bleomycin 4
blisovi 24 fe 136
blisovi fe 1.5/30 (28) 136
blisovi fe 1/20 (28) 136
BOOSTRIX TDAP 102, 103
BORDERED GAUZE 169
bortezomib 4
bosentan 117
BOSULIF 4
BRAFTOVI 4
BREO ELLIPTA 70
breyna 70
BREZTRI AEROSPHERE 72
briellyn 136
BRILINTA 213
brimonidine 108
brimonidine-timolol 108
brinzolamide 108
BRIVIACT 144
bromfenac 111
bromocriptine 35
BRONCHITOL 68
BRUKINSA 4
budesonide 59, 71
budesonide-formoterol 71
bumetanide 55
buprenorphine 121
buprenorphine hcl ..20, 120, 121
buprenorphine-naloxone 21
bupropion hcl 150
bupropion hcl (smoking deter) 21
buspirone 114
butalbital-acetaminop-caf-cod 121
butalbital-acetaminophen 121
butalbital-acetaminophen-caff 121
butalbital-aspirin-caffeine 121
butorphanol 121
CABENUVA 158
cabergoline 35
CABLIVI 211
CABOMETYX 4
cabotegravir 158
caffeine citrate 63
calcipotriene 78
calcitonin (salmon) 60
calcitriol 60
calcium acetate(phosphat bind) 85
calcium chloride 209
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 4
camila 136
candesartan 51
candesartan-hydrochlorothiazid 51
CAPLYTA 38
CAPRELSA 4
captopril 57
captopril-hydrochlorothiazide 57
carbamazepine 144
carbidopa 35
carbidopa-levodopa 35
carbidopa-levodopa-entacapone 36
carbinoxamine maleate 156
carboplatin 5
CAREFINE PEN NEEDLE .. 169
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD 78
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 170
CARETOUCH PEN NEEDLE 169
carglumic acid 83
carteolol 108
cartia xt 48
carvedilol 47
caspofungin 153
CAYSTON 128
caziant (28) 136
cefaclor 128
cefadroxil 129
cefazolin 129
cefazolin in dextrose (iso-os) 129
cefdinir 129
cefepime 129
cefixime 129
cefotaxime 129
cefoxitin 129
cefpodoxime 129
cefprozil 129
ceftazidime 129
ceftriaxone 130
cefuroxime axetil 130
cefuroxime sodium 130
celecoxib 118
cephalexin 130
CERDELGA 216
CEREZYME 216
cevimeline 73
chateal eq (28) 136

chloramphenicol sod succinate 127
chlordiazepoxide hcl 22
chlorhexidine gluconate 74
chloroquine phosphate 34
chlorothiazide sodium 56
chlorpromazine 38
chlorthalidone 56
chlorzoxazone 218
cholestyramine (with sugar) .. 53
cholestyramine light 53
ciclopirox 153, 154
cidofovir 164
cilostazol 213
CIMDUO 158
cimetidine 82
cimetidine hcl 81
cinacalcet 60
CINQAIR 68
CINRYZE 214
ciprofloxacin 133
ciprofloxacin hcl 109, 133
ciprofloxacin in 5 % dextrose 133
ciprofloxacin-dexamethasone 109
citalopram 150
cladribine 5
clarithromycin 130
clemastine 156
CLENPIQ 86
CLICKFINE PEN NEEDLE .. 170
clindamycin hcl 127
clindamycin in 5 % dextrose 127
clindamycin pediatric 127
clindamycin phosphate 80, 126, 127
clindamycin-benzoyl peroxide 80
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 43
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 43
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 43
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 43
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 44
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 44
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 44
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 44
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 44
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 44
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 44
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 44
clobazam 144
clobetasol 75
clobetasol-emollient 75
clomipramine 150
clonazepam 22
clonidine 45
clonidine hcl 45, 63
clopidogrel 213
clorazepate dipotassium 22
clotrimazole 154
clotrimazole-betamethasone 154
clozapine 38
c-nate dha 219
COARTEM 34
codeine sulfate 121
codeine-butalbital-asa-caff .. 121
colchicine 30
colesevelam 53
colestipol 53
colistin (colistimethate na) ... 127
COMBIVENT RESPIMAT 72
COMETRIQ 5
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 170, 171, 172
COMFORT EZ PEN NEEDLES 171, 172
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 172
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 172, 173
COMPLERA 158
completenate 219
compro 32
constulose 83
COPAXONE 63
COPIKTRA 5
CORLANOR 50
CORTROPHIN GEL 92
COSENTYX 95, 114
COSENTYX (2 SYRINGES) .. 95
COSENTYX PEN (2 PENS) .. 95
COSENTYX UNOREADY PEN 96
COTELLIC 5
CREON 216
cromolyn 68, 83, 113
cryselle (28) 136
CURAD GAUZE PAD 173
CURITY ALCOHOL SWABS . 78

CURITY GAUZE.....173
cyclobenzaprine..... 218
cyclopentolate..... 113
cyclophosphamide.....5
cyclosporine..... 96
cyclosporine modified.....96
cyproheptadine.....156
CYRAMZA.....5
cyred eq.....136
CYSTADROPS.....113
CYSTARAN.....113
d5 % and 0.9 % sodium chloride.....209
d5 %-0.45 % sodium chloride.....209
dabigatran etexilate.....212
dalfampridine.....64
danazol.....88
dantrolene..... 218
DANYELZA..... 5
dapsone.....156
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)..... 103
daptomycin..... 127
darunavir..... 158
DARZALEX..... 5
DARZALEX FASPRO.....5
dasatinib.....5
dasetta 1/35 (28)..... 136
dasetta 7/7/7 (28)..... 136
DAURISMO.....6
daysee.....136
deblitane.....136
decitabine.....6
deferasirox.....125
deferiprone..... 125
deferoxamine.....125
DELSTRIGO.....158
demeclocycline.....134
DENGVAXIA (PF)..... 103
denta 5000 plus.....74
dentagel.....74
DEPO-SUBQ PROVERA 104..... 94
DERMACEA..... 173
DERMACEA NON-WOVEN 173
DESCOVY.....158
desipramine.....150
desmopressin..... 92
desog-e.estradiol/e.estradiol.....136
*desogestrel-ethinyl estradiol*136
desonide.....75
desoximetasone..... 75
desvenlafaxine succinate.... 150
dexamethasone.....90
dexamethasone sodium phos (pf)..... 90
dexamethasone sodium phosphate.....90, 111
dexmethylphenidate..... 64
dexrazoxane hcl..... 114
dextroamphetamine sulfate...64
dextroamphetamine-amphetamine.....64
dextrose 10 % in water (d10w)..... 44
dextrose 5 % in water (d5w)..45
DIACOMIT.....144, 145
diazepam.....22, 145
diazepam intensol..... 22
diazoxide..... 114
diclofenac potassium.....118
diclofenac sodium.....111, 118
diclofenac-misoprostol.118, 119
dicloxacillin..... 132
dicyclomine.....83
didanosine..... 158
DIFICID..... 131
diflorasone.....76
diflunisal..... 119
difluprednate.....111
digitek.....50
digox.....50
digoxin.....50
dihydroergotamine.....30
DILANTIN..... 145
diltiazem hcl.....48, 49
dilt-xr.....49
dimenhydrinate.....33
dimethyl fumarate.....64
DIPENTUM.....59
diphenhydramine hcl..... 156
diphenoxylate-atropine..... 83
dipyridamole.....213
disopyramide phosphate..... 46
disulfiram.....21
divalproex..... 145
docetaxel.....6
dofetilide.....46
donepezil.....23, 24
DOPTELET (10 TAB PACK).....214
DOPTELET (15 TAB PACK).....214
DOPTELET (30 TAB PACK).....214
dorzolamide.....108
dorzolamide-timolol..... 108
dotti.....88
DOVATO..... 158
doxazosin..... 45
doxepin.....150
doxercalciferol..... 60
doxorubicin.....6
doxorubicin, peg-liposomal.....6
doxy-100.....134
doxycycline hyclate..... 134
doxycycline monohydrate....134
DRIZALMA SPRINKLE150, 151

dronabinol 33
droperidol 33
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 173, 174
DROPLET INSULIN SYRINGE 173, 174, 175
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 175
DROPLET PEN NEEDLE 175
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS 78
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 175, 176
DROPSAFE PEN NEEDLE . 176
drospirenone-ethinyl estradiol 137
DROXIA 211
droxidopa 45
DUAVEE 89
duloxetine 151
DUPIXENT PEN 96
DUPIXENT SYRINGE 96
dutasteride 86
dutasteride-tamsulosin 86
EASY COMFORT ALCOHOL PAD 78
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 176, 177
EASY COMFORT PEN NEEDLES 177
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 176
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 177, 178
EASY GLIDE PEN NEEDLE 178
EASY TOUCH 179, 180
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS 78
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 179
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE 178
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 178
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 178, 179, 180
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 179
EASY TOUCH PEN NEEDLE 179
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 180
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 178, 179
EASY TOUCH UNI-SLIP 180
ec-naproxen 119
econazole 154
edaravone 64
EDARBI 51
EDARBYCLOR 51
EDURANT 158
efavirenz 158
efavirenz-emtricitabin-tenofov 158
efavirenz-lamivu-tenofov disop 158
EGRIFTA SV 92
ELAPRASE 216
electrolyte-148 209
ELFABRIO 216
ELIGARD 6
ELIGARD (3 MONTH) 6
ELIGARD (4 MONTH) 6
ELIGARD (6 MONTH) 6
elinest 137
ELIQUIS 212
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 212
ELITEK 217
elixophyllin 72
ELLA 137
ELMIRON 114
ELREXFIO 6
eluryng 137
EMBRACE PEN NEEDLE 180, 181
EMCYT 6
EMEND 33
EMGALITY PEN 30
EMGALITY SYRINGE 31
EMSAM 151
emtricitabine 158
emtricitabine-tenofovir (tdf) .. 159
EMTRIVA 159
emzahh 137
enalapril maleate 57
enalaprilat 57
enalapril-hydrochlorothiazide 57
ENBREL 96
ENBREL MINI 96
ENBREL SURECLICK 96
endocet 121
ENGERIX-B (PF) 103
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 103
enilloring 137
enoxaparin 212
enpresse 137
enskyce 137
ENSPRYNG 65
entacapone 36
ENTADFI 86
entecavir 164
ENTRESTO 51
ENTRESTO SPRINKLE 51
enulose 83

EPCLUSA.....162
EPIDIOLEX..... 145
epinastine..... 113
epinephrine.....50
epitol.....145
EPIVIR HBV..... 159
EPKINLY..... 6
eplerenone..... 58
epoprostenol.....117
EPRONTIA..... 145
eprosartan..... 51
ERBITUX.....6
ergoloid.....24
ERIVEDGE.....7
ERLEADA.....7
erlotinib.....7
errin..... 137
ertapenem..... 128
ery pads.....80
erythromycin.....109, 131
erythromycin ethylsuccinate 131
erythromycin with ethanol.....80
erythromycin-benzoyl peroxide.....80
escitalopram oxalate..... 151
esomeprazole magnesium.... 82
esomeprazole sodium..... 82
estarylla..... 137
estazolam.....22, 23
estradiol.....89
estradiol valerate.....89
estradiol-norethindrone acet..89
eszopiclone..... 62
ethambutol.....157
ethosuximide..... 145
*ethynodiol diac-eth estradiol*137
etodolac.....119
etonogestrel-ethinyl estradiol 137
ETOPOPHOS.....7
etoposide.....7
etravirine.....159
EUCRISA..... 76
everolimus (antineoplastic).....7
everolimus (immunosuppressive).....96
EVOTAZ.....159
EVRYSDI.....114
EXEL INSULIN..... 181
exemestane.....7
EXKIVITY..... 7
EXONDYS-51.....114
EXTENCILLINE.....132
EYSUVIS.....111
EZALLOR SPRINKLE..... 53
ezetimibe.....53
ezetimibe-simvastatin.....53, 54
FABRAZYME..... 217
falmina (28)..... 137
famciclovir..... 164
famotidine.....82
famotidine (pf)..... 82
famotidine (pf)-nacl (iso-os)..82
FANAPT..... 38
FARXIGA.....24
FASENRA..... 68
FASENRA PEN.....68
febuxostat.....30
felbamate.....145
felodipine.....52
FEMRING.....89
fenofibrate..... 54
fenofibrate micronized.....54
fenofibrate nanocrystallized...54
fenofibric acid (choline)..... 54
fenoprofen..... 119
fentanyl.....122
fentanyl citrate..... 121
FERRIPROX..... 126
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....125
fesoterodine.....87
FETZIMA..... 151
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN..... 27
FIASP PENFILL U-100 INSULIN..... 27
FIASP U-100 INSULIN..... 27
finasteride.....86
fingolimod.....65
FINTEPLA..... 145
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....7
flavoxate.....87
FLEBOGAMMA DIF..... 97
flecainide..... 46
floxuridine.....7
fluconazole..... 154
fluconazole in nacl (iso-osm) 154
flucytosine..... 154
fludrocortisone.....90
flumazenil..... 65
flunisolide..... 111
fluocinolone..... 76
fluocinolone acetonide oil.... 111
fluocinonide..... 76
fluocinonide-emollient.....76
fluoride (sodium).....74
fluorometholone.....112
fluorouracil.....7, 79
fluoxetine..... 151
fluphenazine decanoate..... 38
fluphenazine hcl..... 38, 39
flurazepam.....23
flurbiprofen..... 119
flurbiprofen sodium.....112

fluticasone propionate 71, 76, 112
fluticasone propion-salmeterol 71
fluvastatin 54
fluvoxamine 151
folivane-ob 219
fomepizole 114
fondaparinux 212
fosamprenavir 159
fosaprepitant 33
foscarnet 163
fosinopril 57
fosinopril-hydrochlorothiazide 57
fosphenytoin 145
FOTIVDA 7
FREESTYLE PRECISION ...181
FRUZAQLA 8
FULPHILA 214
fulvestrant 8
furosemide 56
FUZEON 159
FYARRO 8
fyavolv 89
FYCOMPA 145
FYLNETRA 214
gabapentin 146
GALAFOLD 217
galantamine 24
gallifrey 94
GAMIFANT 97
GAMMAGARD LIQUID 97
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 97
GAMMAPLEX 97
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) 97
GAMUNEX-C 97
ganciclovir sodium 164
GARDASIL 9 (PF) 103
gatifloxacin 109
GATTEX 30-VIAL 83
GAUZE PAD 181
gavilyte-c 86
gavilyte-g 86
gavilyte-n 86
GAVRETO 8
gefitinib 8
gemcitabine 8
gemfibrozil 54
generlac 83
gengraf 97
gentak 109
gentamicin 80, 109, 126
gentamicin sulfate (ped) (pf) 126
gentamicin sulfate (pf) 126
GENVOYA 159
GILENYA 65
GILOTRIF 8
GIVLAARI 211
glatiramer 65
glatopa 65
GLEOSTINE 8
glimepiride 29
glipizide 29
glipizide-metformin 29, 30
glutamine (sickle cell) 114
glyburide 30
glyburide micronized 30
glyburide-metformin 30
glycopyrrolate 83, 84
glydo 124
GLYXAMBI 24
granisetron (pf) 33
granisetron hcl 33
GRANIX 214
griseofulvin microsize 154
griseofulvin ultramicrosize ... 154
guanfacine 45, 65
GVOKE 115
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 114
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 114
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 115
HAEGARDA 214
hailey 137
hailey 24 fe 137
hailey fe 1.5/30 (28) 137
hailey fe 1/20 (28) 137
halobetasol propionate 76
haloette 138
haloperidol 39
haloperidol decanoate 39
haloperidol lactate 39
HARVONI 162
HAVRIX (PF) 103
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 182
HEALTHWISE PEN NEEDLE 182
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 182, 183
heather 138
HEMADY 90
heparin (porcine) 212, 213
heparin, porcine (pf) 213
HEPLISAV-B (PF) 103
HERCEPTIN HYLECTA 8
HERZUMA 8
HETLIOZ LQ 62
HIBERIX (PF) 103
HUMIRA 98
HUMIRA PEN 97
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 97
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 97

HUMIRA(CF) 98
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 98
HUMIRA(CF) PEN 98
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 98
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 98
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 98
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 27
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 28
hydralazine 50
hydrochlorothiazide 56
hydrocodone-acetaminophen 122
hydrocodone-ibuprofen 122
hydrocortisone 59, 76, 77, 90
HYDROCORTISONE 77
hydrocortisone butyrate 76
HYDROCORTISONE LOTION COMPLETE 76
hydrocortisone valerate 77
hydrocortisone-acetic acid ... 109
hydromorphone 122
hydromorphone (pf) 122
hydroxychloroquine 34
hydroxyprogesterone cap(ppres) 94
hydroxyprogesterone caproate 94
hydroxyurea 8
hydroxyzine hcl 156
hydroxyzine pamoate 115
HYQVIA 98
ibandronate 60
IBRANCE 8
ibu 119
ibuprofen 119
ibuprofen-famotidine 119
icatibant 50
iclevia 138
ICLUSIG 8
IDHIFA 8
ifosfamide 8
ILARIS (PF) 98
ILEVRO 112
ILUMYA 98
imatinib 9
IMBRUVICA 9
IMDELLTRA 9
imipenem-cilastatin 128
imipramine hcl 151
imipramine pamoate 151
imiquimod 79
IMJUDO 9
IMLYGIC 9
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 103
IMPAVIDO 34
INBRIJA 36
incassia 138
INCONTROL ALCOHOL PADS 79
INCONTROL PEN NEEDLE 183
INCRELEX 92
indapamide 56
indomethacin 119
INFANRIX (DTAP) (PF) 104
INFLECTRA 98
infliximab 98
INGREZZA 65
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 65
INGREZZA SPRINKLE 65
INLYTA 9
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE 183
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE 183
INQOVI 9
INREBIC 9
insulin asp prt-insulin aspart .. 28
insulin aspart u-100 28
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 183
INSULIN SYRINGE 168
INSULIN SYRINGE MICROFINE 167
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 167
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 167, 181, 183, 184, 193, 197, 201, 202
INSUPEN PEN NEEDLE 184, 185
INTELENCE 159
INTRALIPID 45
INVEGA HAFYERA 39
INVEGA SUSTENNA 39
INVEGA TRINZA 40
INVELTYS 112
INVIRASE 159
IPOL 104
ipratropium bromide 72, 113
ipratropium-albuterol 72
IQIRVO 84
irbesartan 51
irbesartan-hydrochlorothiazide 51
irinotecan 9
ISENTRESS 159
ISENTRESS HD 159
isibloom 138
ISOLYTE S PH 7.4 209
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 209

ISOLYTE-S 209
isoniazid 157
isosorbide dinitrate 58
isosorbide mononitrate 58
isosorbide-hydralazine 58
isradipine 52
itraconazole 154
IV PREP WIPES 79
ivabradine 50
ivermectin 34
IWILFIN 9
IXCHIQ (PF) 104
IXIARO (PF) 104
jaimiess 138
JAKAFI 9
jantoven 213
JANUMET 24
JANUMET XR 25
JANUVIA 25
JARDIANCE 25
jasmiel (28) 138
javygtor 217
JAYPIRCA 10
JEMPERLI 10
jencycla 138
JENTADUETO 25
JENTADUETO XR 25
jinteli 89
juleber 138
JULUCA 159
junel 1.5/30 (21) 138
junel 1/20 (21) 138
junel fe 1.5/30 (28) 138
junel fe 1/20 (28) 138
junel fe 24 138
JUXTAPID 54
JYLAMVO 10
JYNARQUE 56
JYNNEOS (PF) 104
kalliga 138
KALYDECO 68, 69
KANJINTI 10
KANUMA 217
kariva (28) 138
KATERZIA 53
kelnor 1/35 (28) 138
kelnor 1/50 (28) 138
KERENDIA 58
KESIMPTA PEN 65
ketoconazole 155
ketoprofen 119
ketorolac 112, 119, 120
KEVZARA 99
KEYTRUDA 10
KIMMTRAK 10
KINERET 99
KINRIX (PF) 104
kionex (with sorbitol) 84
KISQALI 10
KISQALI FEMARA CO-PACK 10
KLISYRI 79
klor-con m10 209
klor-con m15 209
klor-con m20 209
KLOXXADO 21
KOSELUGO 10
kosher prenatal plus iron 219
KOURZEQ 74
KRAZATI 10
KRINTAFEL 34
KRYSTEXXA 217
kurvelo (28) 138
KYNMOBI 36
l norgest/e.estradiol-e.estrad 139
labetalol 47
lacosamide 146
lactulose 84
lagevrio (eua) 164
lamivudine 159
lamivudine-zidovudine 160
lamotrigine 146
lanreotide 92
lansoprazole 82
lanthanum 85
lapatinib 10
larin 1.5/30 (21) 139
larin 1/20 (21) 139
larin 24 fe 139
larin fe 1.5/30 (28) 139
larin fe 1/20 (28) 139
latanoprost 108
LAZCLUZE 10, 11
leflunomide 99
lenalidomide 11
LENTOCILIN S 132
LENVIMA 11
lessina 139
letrozole 11
leucovorin calcium 115
LEUKERAN 11
LEUKINE 214
leuprolide 11
leuprolide (3 month) 11
levetiracetam 146, 147
levobunolol 108
levocarnitine 115
levocarnitine (with sugar) 115
levocetirizine 156
levofloxacin 109, 113, 133
levofloxacin in d5w 133
levoleucovorin calcium 115
levonest (28) 139
levonorgest-eth.estradiol-iron 139
levonorgestrel-ethinyl estrad 139

levonorg-eth estrad triphasic 139
levora-28 139
levothyroxine 87
LEXIVA 160
LIBERVANT 147
lidocaine 125
lidocaine (pf) 46, 124
lidocaine hcl 124, 125
lidocaine viscous 125
lidocaine-prilocaine 125
linezolid 127
linezolid in dextrose 5% 127
LINZESS 84
liothyronine 87
LISCO 185
lisinopril 57
lisinopril-hydrochlorothiazide . 57
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 185
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 185, 186
lithium carbonate 65
lithium citrate 66
LIVALO 54
LIVDELZI 84
lojaimiess 139
LOKELMA 84
LONSURF 11
loperamide 84
lopinavir-ritonavir 160
LOQTORZI 11
lorazepam 23
lorazepam intensol 23
LORBRENA 11
loryna (28) 140
losartan 51
losartan-hydrochlorothiazide . 51
LOTEMAX 112
LOTEMAX SM 112
loteprednol etabonate 112
lovastatin 54
low-ogestrel (28) 140
loxapine succinate 40
lo-zumandimine (28) 140
lubiprostone 84
LUMAKRAS 11
LUMIGAN 108
LUNSUMIO 11
LUPRON DEPOT 92
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 12, 92
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 12
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 12
LUPRON DEPOT-PED 92
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 92
lurasidone 40
lutera (28) 140
LYBALVI 40
lyleq 140
lyllana 89
LYNPARZA 12
LYSODREN 12
LYTGOBI 12
lyza 140
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 186
MAGELLAN SYRINGE 186
magnesium sulfate 210
magnesium sulfate in d5w ...209
magnesium sulfate in water .210
malathion 81
maraviroc 160
MARGENZA 12
marlissa (28) 140
marnatal-f 219
MARPLAN 151
MATULANE 12
matzim la 49
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) 66
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) 66
MAVYRET 162
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 186
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 186, 187
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 187
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 187
MAYZENT 66
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) 66
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) 66
meclizine 33
medroxyprogesterone 94
mefenamic acid 120
mefloquine 34
megestrol 12, 94
MEKINIST 12
MEKTOVI 12
meloxicam 120
memantine 24
MENACTRA (PF) 104

MENQUADFI (PF) 104
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 104
MEPSEVII 217
mercaptopurine 12
meropenem 128
merzee 140
mesalamine 59
mesna 115
MESNEX 115
metadate er 66
metformin 25
methadone 122
methadose 122
methazolamide 108
methenamine hippurate 127
methimazole 88
methocarbamol 218
methotrexate sodium 12, 13
methotrexate sodium (pf) 12
methoxsalen 79
methscopolamine 84
methsuximide 147
methyldopa 45
methylphenidate hcl 66, 67
methylprednisolone 91
methylprednisolone acetate .. 91
methylprednisolone sodium succ 91
metoclopramide hcl 84
metolazone 56
metoprolol succinate 47
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 47
metoprolol tartrate 47
metronidazole 80, 126, 127
metronidazole in nacl (iso-os) 127
metyrosine 50
mexiletine 46
miconazole-3 155
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 187
MICRODOT READYGARD PEN NEEDLE 187
microgestin fe 1/20 (28) 140
midazolam 23
midodrine 45
mifepristone 25
miglitol 25
miglustat 217
mili 140
mimvey 89
MINI ULTRA-THIN II 187
minocycline 134
minoxidil 58
mirtazapine 151, 152
misoprostol 82
mitoxantrone 13
M-M-R II (PF) 104
m-natal plus 219
modafinil 62
moexipril 57
molindone 40
mometasone 77, 112
mondoxyne nl 134, 135
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 188
MONOJECT INSULIN SYRINGE 187, 188, 189
MONOJECT SYRINGE 187
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 203
mono-linyah 140
montelukast 71
morphine 122, 123
MORPHINE 123
morphine concentrate 122
MOUNJARO 26
MOVANTIK 84
moxifloxacin 109, 133
moxifloxacin-sod.ace,sul-water 133
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 133
MOZOBIL 214
MRESVIA (PF) 104
MULTAQ 46
mupirocin 80
MVASI 13
mycophenolate mofetil 99
mycophenolate mofetil (hcl) .. 99
mycophenolate sodium 99
mynatal 219
mynatal advance 219
mynatal plus 219
mynatal-z 219
mynate 90 plus 219
MYRBETRIQ 87
nabumetone 120
nadolol 48
nafcillin 132
NAGLAZYME 217
naloxone 21
naltrexone 21
NAMZARIC 24
naproxen 120
naratriptan 31
NATACYN 109
nateglinide 26
NATPARA 60
NAYZILAM 147
nebivolol 48
necon 0.5/35 (28) 140
nefazodone 152
neomycin 126
neomycin-bacitracin-poly-hc 110
neomycin-bacitracin-polymyxin 110
neomycin-polymyxin b gu 81

neomycin-polymyxin b-dexameth ... 110
neomycin-polymyxin-gramicidin ... 110
neomycin-polymyxin-hc ... 110
neo-polycin ... 110
neo-polycin hc ... 110
NERLYNX ... 13
NEULASTA ONPRO ... 214
NEUPRO ... 36
nevirapine ... 160
newgen ... 219
NEXLETOL ... 54
NEXLIZET ... 54
niacin ... 54
niacor ... 54
nicardipine ... 53
NICOTROL ... 21
NICOTROL NS ... 21
nifedipine ... 53
nikki (28) ... 140
nilutamide ... 13
NINLARO ... 13
nitazoxanide ... 34
nitisinone ... 217
nitrofurantoin macrocrystal ... 127
nitrofurantoin monohyd/m-cryst ... 127
nitroglycerin ... 58, 59, 115
niva-plus ... 219
NIVESTYM ... 215
nizatidine ... 82
NORDITROPIN FLEXPRO ... 93
norelgestromin-ethin.estradiol ... 140
norethindrone (contraceptive) ... 140
norethindrone acetate ... 94
norethindrone ac-eth estradiol ... 89, 140
norethindrone-e.estradiol-iron ... 140, 141
norgestimate-ethinyl estradiol ... 141
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE ... 210
nortrel 0.5/35 (28) ... 141
nortrel 1/35 (21) ... 141
nortrel 1/35 (28) ... 141
nortrel 7/7/7 (28) ... 141
nortriptyline ... 152
NORVIR ... 160
NOVOFINE 30 ... 189
NOVOFINE 32 ... 189
NOVOFINE PLUS ... 189
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN ... 28
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 ... 28
NOVOLIN N FLEXPEN ... 28
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ... 28
NOVOLIN R FLEXPEN ... 28
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN ... 28
NOVOTWIST ... 189
NOXAFIL ... 155
NPLATE ... 215
NUBEQA ... 13
NUCALA ... 69
NULOJIX ... 99
NUPLAZID ... 40
NURTEC ODT ... 31
NUTRILIPID ... 45
nyamyc ... 155
nylia 1/35 (28) ... 141
nylia 7/7/7 (28) ... 141
nymyo ... 141
nystatin ... 155
nystatin-triamcinolone ... 155
nystop ... 155
NYVEPRIA ... 215
obstetrix dha ... 219
obstetrix dha prenatal duo ... 219
o-cal prenatal ... 219
OCALIVA ... 84
OCREVUS ... 67
OCTAGAM ... 99
octreotide acetate ... 93
ODEFSEY ... 160
ODOMZO ... 13
OFEV ... 69
ofloxacin ... 110
OGIVRI ... 13
OGSIVEO ... 13
OJEMDA ... 13
OJJAARA ... 13
olanzapine ... 40
olmesartan ... 51
olmesartan-amlodipin-hcthiazid ... 51
olmesartan-hydrochlorothiazide ... 52
olopatadine ... 113, 114
OLUMIANT ... 99
omega-3 acid ethyl esters ... 55
omeprazole ... 83
omeprazole-sodium bicarbonate ... 83
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) ... 189
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) ... 189
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) ... 189
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) ... 189
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) ... 189

OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) ... 189
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) ... 189
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) ... 189
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4) ... 189
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ... 189
OMNIPOD GO PODS ... 190
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY ... 189
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY ... 190
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY ... 190
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY ... 190
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY ... 190
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY ... 190
ondansetron ... 33
ondansetron hcl ... 33
ondansetron hcl (pf) ... 33
ONGENTYS ... 36
ONTRUZANT ... 13
ONUREG ... 13
OPDIVO ... 13
OPDUALAG ... 14
OPSUMIT ... 117
oralone ... 74
ORENCIA ... 99
ORENCIA (WITH MALTOSE) ... 99
ORENCIA CLICKJECT ... 99
ORFADIN ... 217
ORGOVYX ... 93
ORILISSA ... 93
ORKAMBI ... 69
ORSERDU ... 14
oseltamivir ... 163
OSMOLEX ER ... 36
OTEZLA ... 99
OTEZLA STARTER ... 100
oxaliplatin ... 14
oxandrolone ... 88
oxazepam ... 23
oxcarbazepine ... 147
OXLUMO ... 115
oxybutynin chloride ... 87
oxycodone ... 123
oxycodone-acetaminophen ... 123
OXYCONTIN ... 123
oxymorphone ... 123, 124
OZEMPIC ... 26
pacerone ... 46
paclitaxel ... 14
paclitaxel protein-bound ... 14
paliperidone ... 41
PALYNZIQ ... 217
pamidronate ... 61
PANRETIN ... 79
pantoprazole ... 83
paricalcitol ... 61
paroex oral rinse ... 74
paromomycin ... 34
paroxetine hcl ... 152
PAXLOVID ... 163
pazopanib ... 14
PEDIARIX (PF) ... 104
PEDVAX HIB (PF) ... 104
peg 3350-electrolytes ... 86
PEGASYS ... 163
peg-electrolyte soln ... 86
PEMAZYRE ... 14
pemetrexed ... 14
pemetrexed disodium ... 14
PEMRYDI RTU ... 14
PEN NEEDLE ... 181, 190, 193
PEN NEEDLE, DIABETIC ... 172, 187, 190, 192
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY ... 193
PENBRAYA (PF) ... 105
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) ... 105
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) ... 105
penciclovir ... 79
penicillamine ... 126
penicillin g potassium ... 132
penicillin g procaine ... 132
penicillin v potassium ... 132
PENTACEL (PF) ... 105
pentamidine ... 34, 35
PENTIPS ... 191
pentoxifylline ... 213
perindopril erbumine ... 57
periogard ... 74
permethrin ... 81
perphenazine ... 41
perphenazine-amitriptyline ... 152
PERSERIS ... 41
pfizerpen-g ... 133
phenelzine ... 152
phenobarbital ... 147
phenylephrine hcl ... 46
phenytoin ... 147
phenytoin sodium ... 147
phenytoin sodium extended 147
philith ... 141
PIFELTRO ... 160
pilocarpine hcl ... 74, 108
pimecrolimus ... 77
pimozide ... 41
pimtrea (28) ... 141
pindolol ... 48
pioglitazone ... 26

pioglitazone-metformin 26
PIP PEN NEEDLE 191
piperacillin-tazobactam 133
PIQRAY 14
pirfenidone 69
pirmella 141
piroxicam 120
PLASMA-LYTE A 210
PLEGRIDY 67
plerixafor 215
pnv 29-1 220
pnv-dha + docusate 220
pnv-omega 220
podofilox 79
polycin 110
polymyxin b sulfate 128
polymyxin b sulf-trimethoprim 110
POMALYST 14
portia 28 141
posaconazole 155
potassium chloride 210, 211
potassium chloride-0.45 % nacl 211
potassium citrate 211
pr natal 400 220
pr natal 400 ec 220
pr natal 430 220
pr natal 430 ec 220
PRALUENT PEN 55
pramipexole 36
prasugrel 214
pravastatin 55
prazosin 46
prednicarbate 77
prednisolone 91
prednisolone acetate 112
prednisolone sodium phosphate 91, 112
prednisone 91
pregabalin 147, 148
PREHEVBRIO (PF) 105
PREMARIN 89, 90
PREMPHASE 90
PREMPRO 90
prena1 true 220
prenaissance 220
prenaissance plus 220
prenatabs fa 220
prenatal 19 220
prenatal 19 (with docusate) . 220
prenatal low iron 220
prenatal plus 220
prenatal plus (calcium carb) 220
prenatal vitamin plus low iron 220
prenatal-u 220
preplus 220
pretab 220
PRETOMANID 157
prevalite 55
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 191
PREVYMIS 163
PREZCOBIX 160
PREZISTA 160
PRIFTIN 157
PRIMAQUINE 35
primidone 148
PRIORIX (PF) 105
PRIVIGEN 100
PRO COMFORT ALCOHOL PADS 79
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 191
PRO COMFORT PEN NEEDLE 192
PROAIR RESPICLICK 73
probenecid 30
probenecid-colchicine 30
procainamide 46
prochlorperazine 33
prochlorperazine edisylate 33, 41
prochlorperazine maleate 33
proctosol hc 77
proctozone-hc 77
PRODIGY INSULIN SYRINGE 192
progesterone 94
progesterone micronized 94
PROGRAF 100
PROLASTIN-C 69
PROLIA 61
PROMACTA 215
promethazine 34, 156
promethegan 34
propafenone 46
proparacaine 114
propranolol 48
propranolol-hydrochlorothiazid 48
propylthiouracil 88
PROQUAD (PF) 105
PROSOL 20 % 45
protamine 211
protriptyline 152
PULMOZYME 217
PURE COMFORT ALCOHOL PADS 79
PURE COMFORT PEN NEEDLE 192
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 192
PURIXAN 14
pyrazinamide 157
pyridostigmine bromide 115, 116
pyrimethamine 35
QINLOCK 14

QUADRACEL (PF) 105
quetiapine 41
quinapril 58
quinapril-hydrochlorothiazide 58
quinidine gluconate 46
quinidine sulfate 46, 47
quinine sulfate 35
QULIPTA 31
RABAVERT (PF) 105
rabeprazole 83
RADICAVA 67
raloxifene 90
ramipril 58
ranolazine 50
rasagiline 36
RASUVO (PF) 100
RAVICTI 84
RAYALDEE 61
reclipsen (28) 142
RECOMBIVAX HB (PF) 106
REGRANEX 79
RELENZA DISKHALER 163
RELEUKO 215
RELION NEEDLES 193
RELION PEN NEEDLES 193
RELISTOR 84, 85
RENFLEXIS 100
repaglinide 26
REPATHA PUSHTRONEX ... 55
REPATHA SURECLICK 55
REPATHA SYRINGE 55
RESTASIS 112
RESTASIS MULTIDOSE 112
RETACRIT 215
RETEVMO 15
RETROVIR 160
REVCOVI 217
revonto 218
REXULTI 41
REYATAZ 160
REZLIDHIA 15
REZUROCK 100
RHOPRESSA 108
RIABNI 15
ribavirin 164
RIDAURA 100
rifabutin 157
rifampin 157
rilpivirine 160
riluzole 67
rimantadine 163
RINVOQ 100
RINVOQ LQ 100
risedronate 61
risperidone 41, 42
risperidone microspheres 41
ritonavir 161
RITUXAN HYCELA 15
rivastigmine 24
rivastigmine tartrate 24
RIVFLOZA 116
rizatriptan 31
r-natal ob 221
ROCKLATAN 108
roflumilast 69
ROLVEDON 215
ropinirole 36
rosadan 81
rosuvastatin 55
ROTARIX 106
ROTATEQ VACCINE 106
ROZLYTREK 15
RUBRACA 15
rufinamide 148
RUKOBIA 161
RUXIENCE 15
RYBELSUS 26
RYBREVANT 15
RYDAPT 15
RYTELO 15
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 193
SAFETY PEN NEEDLE 193
sajazir 50
SANTYL 79
sapropterin 217
SAVELLA 68
SCEMBLIX 15, 16
scopolamine base 34
SECUADO 42
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 194
SECURESAFE PEN NEEDLE 194
select-ob 221
select-ob (folic acid) 221
selegiline hcl 36
selenium sulfide 81
SELZENTRY 161
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) 29
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN 29
se-natal 19 chewable 221
SEREVENT DISKUS 73
SEROSTIM 93
sertraline 152
setlakin 142
sevelamer carbonate 85
sevelamer hcl 85
SEZABY 148
sf 5000 plus 74
sharobel 142
SHINGRIX (PF) 106
SIGNIFOR 93
sildenafil (pulm.hypertension) 117
silver sulfadiazine 81
SIMBRINZA 108
simliya (28) 142

simpesse 142
simvastatin 55
sirolimus 100
SIRTURO 157
SKY SAFETY PEN NEEDLE 194
SKYRIZI 100, 101
SLYND 142
sodium chloride 0.45 % 211
sodium chloride 0.9 % 211
sodium fluoride-pot nitrate 74
sodium oxybate 62
sodium phenylbutyrate 85
sodium polystyrene sulfonate 85
sodium,potassium,mag sulfates 86
solifenacin 87
SOLIQUA 100/33 29
SOLTAMOX 16
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) 91
SOMATULINE DEPOT 93
SOMAVERT 94
sorafenib 16
sorine 48
sotalol 48
sotalol af 48
SPIRIVA RESPIMAT 73
SPIRIVA WITH HANDIHALER 73
spironolactone 56, 58
spironolacton-hydrochlorothiaz 56
SPRAVATO 152
sprintec (28) 142
SPRITAM 148
SPRYCEL 16
sps (with sorbitol) 85
sronyx 142
ssd 81
stavudine 161
STELARA 101
STERILE PADS 194
STIMUFEND 216
STIOLTO RESPIMAT 73
STIVARGA 16
STRENSIQ 217
streptomycin 126
STRIBILD 161
STRIVERDI RESPIMAT 73
SUBLOCADE 21
subvenite 148
sucralfate 83
sulfacetamide sodium 111
sulfacetamide sodium (acne) 81
sulfacetamide-prednisolone 111
sulfadiazine 133
sulfamethoxazole-trimethoprim 133, 134
sulfasalazine 59
sulindac 120
sumatriptan 31
sumatriptan succinate 31, 32
sumatriptan-naproxen 32
sunitinib malate 16
SUNLENCA 161
SUNOSI 62
SUPPRELIN LA 94
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS 79
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 194
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 194, 195
SURE COMFORT PEN NEEDLE 195
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 194
SURE-FINE PEN NEEDLES 195
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 195, 196
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS 79
SUTAB 86
syeda 142
SYMDEKO 69
SYMJEPI 50, 51
SYMLINPEN 120 26
SYMLINPEN 60 26
SYMPAZAN 148
SYMTUZA 161
SYNAGIS 163
SYNAREL 94
SYNJARDY 26
SYNJARDY XR 26, 27
SYNRIBO 16
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY 194
TABLOID 16
TABRECTA 16
tacrolimus 77, 101
tadalafil 117
tadalafil (pulm. hypertension) 117
TAFINLAR 16
tafluprost (pf) 108
TAGRISSO 16
TAKHZYRO 116
TALTZ AUTOINJECTOR 101
TALTZ SYRINGE 101
TALVEY 16
TALZENNA 16
tamoxifen 16
tamsulosin 86
tarina 24 fe 142
tarina fe 1-20 eq (28) 142
taron-c dha 221

taron-prex prenatal-dha 221
TASCENSO ODT 68
TASIGNA 16
tasimelteon 62
TAVALISSE 212
tazarotene 81
TAZORAC 81
taztia xt 49
TAZVERIK 17
TDVAX 106
TECENTRIQ 17
TECENTRIQ HYBREZA 17
TECHLITE INSULIN SYRINGE 196, 197
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 196
TECHLITE PEN NEEDLE ... 197
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 197
TECVAYLI 17
TEFLARO 130
telmisartan 52
telmisartan-amlodipine 52
telmisartan-hydrochlorothiazid 52
temazepam 23
TEMIXYS 161
tencon 124
TENIVAC (PF) 106
tenofovir disoproxil fumarate 161
TEPEZZA 114
TEPMETKO 17
terazosin 86
terbinafine hcl 155
terbutaline 73
terconazole 126
teriflunomide 68
teriparatide 61
TERUMO INSULIN SYRINGE 197
testosterone 88
testosterone cypionate 88
testosterone enanthate 88
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 106
tetrabenazine 68
tetracycline 135
TEVIMBRA 17
THALOMID 116
theophylline 73
THINPRO INSULIN SYRINGE 197, 198
thioridazine 42
thiothixene 42
tiadylt er 49
tiagabine 148
TIBSOVO 17
TICE BCG 17
TICOVAC 106
tigecycline 135
timolol maleate 48, 108, 109
tinidazole 35
tiopronin 87
TIVDAK 17
TIVICAY 161
TIVICAY PD 161
tizanidine 218
TOBI PODHALER 126
tobramycin 111, 127
tobramycin in 0.225 % nacl . 126
tobramycin sulfate 127
tobramycin-dexamethasone 111
tolmetin 120
tolterodine 87
TOPCARE CLICKFINE 198
TOPCARE ULTRA COMFORT 198
topiramate 148
toposar 17
toremifene 17
torpenz 17
torsemide 56
TOTECT 116
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 29
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 29
TRACLEER 117
TRADJENTA 27
tramadol 124
tramadol-acetaminophen 124
trandolapril 58
trandolapril-verapamil 58
tranexamic acid 212
tranylcypromine 152
TRAVASOL 10 % 45
travoprost 109
TRAZIMERA 17
trazodone 152
TRECATOR 157
TRELEGY ELLIPTA 73
TRELSTAR 17
TREMFYA 101
TREMFYA PEN 101
treprostinil sodium 117
tretinoin 81
tretinoin (antineoplastic) 17
triamcinolone acetonide 74, 77, 78, 91
triamterene-hydrochlorothiazid 56
triazolam 23
tridacaine ii 125
trientine 126
tri-estarylla 142
trifluoperazine 42
trifluridine 111
trihexyphenidyl 37

TRIJARDY XR.....27
TRIKAFTA.....69, 70
tri-legest fe.....142
tri-linyah.....142
tri-lo-estarylla.....142
tri-lo-marzia..... 142
tri-lo-mili.....142
tri-lo-sprintec.....142
trimethoprim..... 128
tri-mili.....142
trimipramine.....152
TRINTELLIX..... 152
tri-nymyo.....143
TRIPTODUR..... 94
tri-sprintec (28)..... 143
TRIUMEQ.....161
TRIUMEQ PD.....161
triveen-duo dha..... 221
trivora (28)..... 143
tri-vylibra.....143
tri-vylibra lo..... 143
TRIZIVIR..... 161
TROGARZO..... 161
TROPHAMINE 10 %..... 45
trospium.....87
TRUE COMFORT
ALCOHOL PADS..... 79
TRUE COMFORT INSULIN
SYRINGE..... 199
TRUE COMFORT PEN
NEEDLE.....199
TRUE COMFORT PRO
ALCOHOL PADS..... 79
TRUE COMFORT PRO INS
SYRINGE..... 198, 199, 200
TRUE COMFORT SAFE
INSULIN SYRG.....199, 200
TRUE COMFORT SAFETY
PEN NEEDLE.....198
TRUEPLUS INSULIN..200, 201
TRUEPLUS PEN NEEDLE. 200
TRULICITY.....27
TRUMENBA..... 106
TRUQAP..... 18
TRUXIMA..... 18
TUKYSA.....18
tulana.....143
TURALIO.....18
turqoz (28)..... 143
TWINRIX (PF)..... 107
tyblume.....143
TYBOST..... 116
TYMLOS.....61
TYPHIM VI..... 107
TYSABRI..... 101
TYVASO.....117
UBRELVY.....32
UDENYCA.....216
UDENYCA
AUTOINJECTOR..... 216
UDENYCA ONBODY..... 216
ULTICARE.....201, 202
ULTICARE INSULIN
SYRINGE..... 201
ULTICARE INSULN
SYR(HALF UNIT).....201
ULTICARE PEN NEEDLE
.....201, 202
ULTICARE SAFETY PEN
NEEDLE.....202
ULTIGUARD SAFEPACK-
INSULIN SYR.....202, 203
ULTIGUARD SAFEPACK-
PEN NEEDLE.....202, 203
ULTILET ALCOHOL SWAB.. 79
ULTILET INSULIN
SYRINGE..... 184, 203
ULTILET PEN NEEDLE..... 203
ULTRA CMFT INS SYR
(HALF UNIT)..... 182, 194
ULTRA COMFORT
INSULIN SYRINGE
.....176, 182, 203, 204
ULTRA FLO INSUL
SYR(HALF UNIT).....204
ULTRA FLO INSULIN
SYRINGE..... 204
ULTRA FLO PEN NEEDLE.204
ULTRA THIN PEN NEEDLE204
ULTRACARE INSULIN
SYRINGE..... 204, 205
ULTRACARE PEN NEEDLE
.....205
ULTRA-THIN II (SHORT)
INS SYR.....205, 206
ULTRA-THIN II (SHORT)
PEN NDL.....206
ULTRA-THIN II INS PEN
NEEDLES.....206
ULTRA-THIN II INSULIN
SYRINGE..... 206
UNIFINE PEN NEEDLE..... 206
UNIFINE PENTIPS.....190, 206
UNIFINE PENTIPS
MAXFLOW..... 206
UNIFINE PENTIPS PLUS
.....206, 207
UNIFINE PENTIPS PLUS
MAXFLOW..... 207
UNIFINE PROTECT.....207
UNIFINE SAFECONTROL..207
UNIFINE SAFECONTROL
PEN NEEDLE.....207
UNIFINE ULTRA PEN
NEEDLE.....207, 208
UPTRAVI.....117, 118
ursodiol.....85
UZEDY..... 42
valacyclovir.....164
VALCHLOR..... 80

valganciclovir 164
valproate sodium 148
valproic acid 148
valproic acid (as sodium salt) 148
valsartan 52
valsartan-hydrochlorothiazide 52
VALTOCO 148, 149
vancomycin 128
VANFLYTA 18
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 208
VANISHPOINT SYRINGE ... 208
VAQTA (PF) 107
varenicline 21, 22
VARIVAX (PF) 107
VASCEPA 55
VAXCHORA VACCINE 107
VEGZELMA 18
VEKLURY 164
VELCADE 18
velivet triphasic regimen (28) 143
VELPHORO 85
VELTASSA 85
VEMLIDY 162
VENCLEXTA 18
VENCLEXTA STARTING PACK 18
venlafaxine 153
venlafaxine besylate 153
verapamil 49
VERIFINE INSULIN SYRINGE 208, 209
VERIFINE PEN NEEDLE 208
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 208
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 208
VERQUVO 51
VERSACLOZ 42
VERSALON 209
VERZENIO 18
vestura (28) 143
V-GO 20 209
V-GO 30 209
V-GO 40 209
vienva 143
vigabatrin 149
vigadrone 149
vigpoder 149
vilazodone 153
VIMIZIM 217
vinate care 221
vinblastine 18
vincasar pfs 18
vincristine 18
vinorelbine 18
viorele (28) 143
VIRACEPT 162
VIREAD 162
virt-c dha 221
virt-nate dha 221
virt-pn dha 221
virt-pn plus 221
VISTOGARD 116
vitafol gummies 221
vitafol nano 221
vitafol-ob+dha 221
VITRAKVI 18, 19
VIZIMPRO 19
VOCABRIA 162
volnea (28) 143
VONJO 19
VORANIGO 19
voriconazole 156
VOSEVI 162
VOWST 116
vp-ch-pnv 221
vp-pnv-dha 221
VPRIV 218
VRAYLAR 43
VUMERITY 68
vyfemla (28) 143
vylibra 143
VYZULTA 109
warfarin 213
WEBCOL 80
WELIREG 19
wera (28) 143
WINREVAIR 70
wixela inhub 71
XADAGO 37
XALKORI 19
XARELTO 213
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 213
XATMEP 19
XCOPRI 149
XCOPRI MAINTENANCE PACK 149
XCOPRI TITRATION PACK 149
XELJANZ 101, 102
XELJANZ XR 102
XERMELO 85
XGEVA 61
XHANCE 112
XIFAXAN 128
XIGDUO XR 27
XIIDRA 112
XOFLUZA 163
XOLAIR 70
XOSPATA 19
XPOVIO 19
XTAMPZA ER 124
XTANDI 19, 20
xulane 143
XULTOPHY 100/3.6 29
XYOSTED 88

yargesa 218
YERVOY 20
YF-VAX (PF) 107
YONSA 20
yuvafem 90
zafemy 143
zafirlukast 71
zaleplon 62
zarah 143
ZARXIO 216
zatean-pn dha 221
zatean-pn plus 221
zebutal 124
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 116
ZEGALOGUE SYRINGE 116
ZEJULA 20
ZELBORAF 20
zenatane 80
ZENPEP 218
zidovudine 162
ZIEXTENZO 216
zingiber 222
ziprasidone hcl 43
ziprasidone mesylate 43
ZIRABEV 20
ZIRGAN 111
ZOLADEX 20
zoledronic acid 61
zoledronic acid-mannitol-water 62
ZOLINZA 20
zolmitriptan 32
zolpidem 62
ZONISADE 149
zonisamide 149
zovia 1-35 (28) 144
ZTALMY 149
ZTLIDO 125
zumandimine (28) 144
ZURZUVAE 153
ZYDELIG 20
ZYKADIA 20
ZYLET 111
ZYMFENTRA 116
ZYNLONTA 20
ZYNYZ 20
ZYPREXA RELPREVV 43

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

P.O. Box 14050, Scottsdale, AZ 85267

www.goldkidney.com

Este formulario fue actualizado el 22 de octubre de 2024. Para obtener información más reciente, o si tiene otras preguntas, llame a Servicios para miembros de Gold Kidney Health Plan al **1 (844) 294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, o visite **www.goldkidney.com.**

Gold Kidney Health Plan, Inc. es un plan HMO-POS y HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.