



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2024

Gold Kidney Health Plan

Formulario para Florida
(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: 20

H1526-001 Gold Kidney Health Plan Super Plus (HMO-POS C-SNP)

H1526-002 Gold Kidney Health Plan Super Complete (HMO-POS C-SNP)

H1526-003 Gold Kidney Health Plan Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP)

H1526-004 Gold Kidney Health Plan Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

H1526-005 Gold Kidney Health Plan Honest Care (HMO-POS)

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre 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: 11/19/2024

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 11/19/2024. 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 11/19/2024. 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>

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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý 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。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	21
Agentes Antidemencia	22
Agentes Antidiabetico	23
Agentes Antigota	28
Agentes Antimigraña	28
Agentes Antinausea	30
Agentes Antiparasitarios	31
Agentes Antiparkinson	32
Agentes Antipsicóticos	34
Agentes Calóricos	40
Agentes Cardiovasculares	42
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	54
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	55
Agentes De Trastorno De Sueño	57
Agentes Del Sistema Nervioso Central	57
Agentes Del Tracto Respiratorio	63
Agentes Dentales Y Orales	68
Agentes Dermatológicos	68
Agentes Gastrointestinales	75
Agentes Genitourinarios	79
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	80
Agentes Inmunológicos	87
Agentes Oftálmicos	98
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	99
Agentes Terapeuticos Misceláneos	104
Agentes Vasodilatadores	107
Analgésicos	108
Anestésicos	113
Antagonistas De Metales Pesados	114
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	115
Antibacterianos	115
Anticonceptivos	123
Anticonvulsivos	132
Antidepresivos	137
Antifúngicos	140
Antihistamínicos	142

Antimicobacteriales.....	143
Antivirales (Sitémico).....	144
Dispositivos.....	151
Non-Frf.....	192
Preparaciones De Reemplazo.....	192
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	194
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	198
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	200
Vitaminas Y Minerales.....	201

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (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
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (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
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (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)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (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)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (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 (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	GC
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	GC
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 (Velcade) mg</i>	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 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 (Paraplatin) mg/ml</i>	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
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	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)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	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
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
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)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	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
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml)</i> (Docivyx)	2	GC
<i>docetaxel intravenous solution 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	2	GC
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (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
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)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	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
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	GC
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	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
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD; GC
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD; GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
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)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	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
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (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)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	GC
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMBRUVICA ORAL 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)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	GC
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	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)
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
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; 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
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)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (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
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	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
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
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	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
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)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	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)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 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
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG (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)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	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)
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)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	GC
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
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 (bortezomib) SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	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)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 (vincristine) mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>vincristine intravenous solution 1 (Vincasar PFS) mg/ml, 2 mg/2 ml</i>	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
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 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 PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	GC
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
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
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml vial 25's,outer</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	2	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	GC; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	GC
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	GC; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; 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
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	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)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 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)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	GC; QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; GC; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	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)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	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
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
Insulinas			
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	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)	
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)	
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70- 30FlexPen U-100)	6	GC; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U- 100 Insuln)	6	GC; max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	6	GC; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U- 100 Insulin)	6	GC; max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(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)	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN N 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)
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		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	(Glucotrol XL) 1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	(Glucotrol XL) 1	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
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcris)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	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)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (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)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	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)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject outer, suv</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	2	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	GC; QL (9 per 27 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
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	GC; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	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)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; GC; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD; GC
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	GC
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	5	PA BvD; NM; NDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	2	GC; QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	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
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	GC
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	2	GC
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	2	GC
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i> (Phenergan)	2	GC
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Promethegan)	2	GC
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine)	2	GC
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	2	GC; QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	GC
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	GC
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	GC
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD; GC
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	GC
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; GC; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; 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
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	GC
<i>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</i>	2	GC
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	GC
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	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)
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)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (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)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	2	GC
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	GC
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	ST; 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
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	2	ST; GC; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5	ST; NM; NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	GC
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NM; NDS; QL (3.5 per 166 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 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)
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)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (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)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	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
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	GC; QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	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)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	GC
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	GC
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension,extended</i> <i>rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension,extended</i> <i>rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	5	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet,disintegrating</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	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)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 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)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon)</i> <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon)</i> <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	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
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	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 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
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD; GC
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	2	GC
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	GC
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	2	GC
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	GC
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	2	GC
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	GC
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>lidocaine (pf) injection syringe 100 mg/5 ml (2 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	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
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	GC
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	GC
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	GC
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	2	GC
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	2	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	GC
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	GC
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	GC
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	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
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i> (Corgard)	2	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	GC
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	GC
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	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
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	2	GC
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	2	GC
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem LA)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Matzim LA)	2	GC
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	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
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	GC
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 240 mg</i>	2	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg</i>	2	GC
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	GC; QL (600 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	GC
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	GC
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	GC
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	3	GC; QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	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
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML	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		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	2	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (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)
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	2	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	2	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	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
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	2	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	2	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	GC
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	2	GC
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	2	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	2	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	2	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	2	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	2	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	GC
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	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)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	2	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	2	GC
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	GC
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	2	GC
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	GC
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	GC
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	GC
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	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
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	GC
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	2	GC
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg, 54 mg	2	GC
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 135 mg, 45 mg (Trilipix)	2	GC
<i>fluvastatin oral capsule</i> 20 mg, 40 mg	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release</i> 24 hr 80 mg (Lescol XL)	2	GC
<i>gemfibrozil oral tablet</i> 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)
<i>lovastatin oral tablet</i> 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)
<i>niacin oral tablet</i> 500 mg (Niacor)	1	GC
<i>niacin oral tablet extended release</i> 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	GC
<i>niacor oral tablet</i> 500 mg (niacin)	2	GC
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule</i> 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)
<i>pravastatin oral tablet</i> 10 mg, 80 mg	1	GC
<i>pravastatin oral tablet</i> 20 mg, 40 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine-aspartame)	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
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	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		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	GC
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	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
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	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)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	GC
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	GC
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	2	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	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
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	2	ST; GC; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	2	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	2	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	GC
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	GC
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (CaroSpir)	2	ST; GC; QL (600 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	GC
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	GC
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	GC
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	GC
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	GC
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	GC
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	GC
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	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
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	GC
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	2	GC
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	GC; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	5	NM; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	GC; QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	GC
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	GC
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	GC; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln</i> 30 mg, 90 mg	2	GC
<i>pamidronate intravenous solution</i> 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	2	GC
<i>paricalcitol oral capsule</i> 1 mcg, 2 (Zemplar) mcg	2	GC
<i>paricalcitol oral capsule</i> 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)
<i>risedronate oral tablet</i> 150 mg (Actonel)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet</i> 30 mg, 5 mg	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet</i> 35 mg (Actonel)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet</i> 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed</i> (Atelvia) <i>release (dr/ec)</i> 35 mg	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen</i> <i>injector</i> 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
<i>zoledronic acid intravenous recon</i> <i>soln</i> 4 mg	2	GC
<i>zoledronic acid intravenous solution</i> 4 mg/5 ml	2	GC
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> (Reclast) <i>intravenous piggyback</i> 5 mg/100 ml	2	GC; QL (100 per 300 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Trastorno De Sueño		
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	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)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (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)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	GC; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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)
<i>caffeine citrate intravenous solution</i> (Cafcit) <i>60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	GC
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	2	GC
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS (glatiramer) SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i> (Dexedrine Spansule)	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
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>edaravone intravenous solution 30 mg/100 ml</i> (Radicava)	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	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
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	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)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	GC
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MAVENCLAD (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
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	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
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 36 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 36 mg (bx</i> <i>rating)</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG-23,000 UNIT/23 ML	5	PA; NM; NDS; QL (23 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 (edaravone) SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NM; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	GC; QL (60 per 30 days)
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)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25</i> (Xenazine) <i>mg</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20 %)	2	GC
<i>acetylcysteine solution</i> 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
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (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)
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	2	GC; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	2	PA BvD; GC; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna)	2	GC; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	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
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(fluticasone propion-salmeterol)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Antileucotrinicos			
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Accolate)	2	GC
Broncodilatadores			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	(Ventolin HFA)	2	GC; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>		2	GC; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>		2	GC; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>		2	PA BvD; GC; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>		2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>		2	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>		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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i> (theophylline)	2	GC
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; GC; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; GC; QL (540 per 30 days)
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)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	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
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		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	GC
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	GC
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 % (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	GC
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	GC
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	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
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i> (Luxiq)	2	GC
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	GC
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i> (Olux)	2	GC
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	2	GC
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	2	GC
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	2	GC
<i>desonide topical cream 0.05 %</i> (DesOwen)	2	GC
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (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
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %</i> (Topicort) %, 0.25 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	GC
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	GC
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	GC
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	2	GC; QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
HYDROCORTISONE LOTION CMPLT KT 2 %	2	GC
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	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 (Ala-Scalp) LOTION 2 %	2	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	GC
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	GC
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	GC
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>procto-pak topical cream with perineal applicator 1 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	GC
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	GC
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	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
<i>acyclovir topical cream 5 %</i>	(Zovirax)	2	GC; QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i>	(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
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>		2	GC
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i>	(AmLactin)	2	GC
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>		2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>		2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>		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
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i>	(Carac)	5	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i>	(Efudex)	2	GC
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>		2	GC
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>		2	GC; QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	(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
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	2	GC
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	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
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	GC
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	GC
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Clindacin)	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	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
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	GC
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	GC
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	2	GC
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	GC
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	2	GC
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	GC
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	GC
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	GC
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	GC
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	GC
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	GC
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	GC
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	GC
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	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
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	2	GC
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 % (tazarotene)	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA; GC
Agentes Gastrointestinales		
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	GC
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	2	GC
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	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
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	GC
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	GC
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	GC
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	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
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	GC
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (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)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	GC
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OALIVA 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
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)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	GC
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (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		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	GC
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	GC
<i>lanthanum oral tablet,chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Fosrenol)	5	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	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	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	GC
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	GC
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	2	GC
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	2	GC
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	2	GC
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	GC
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	2	GC
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NM; NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	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
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	GC
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	GC
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	GC
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	GC
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	2	GC
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	GC
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	GC
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	GC
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	PA; 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
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; GC; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	2	PA; GC; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	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		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	GC
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	GC; QL (4 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	GC
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	2	GC; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	GC
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	2	GC
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	GC
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
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	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	GC
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	GC; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	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
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	2	GC
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	GC
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	GC
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	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
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	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	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	GC
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
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)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	GC
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv</i> (DDAVP)	5	NM; NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	2	GC
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	GC
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (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
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
NORDITROPIN FLEXP SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	GC
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	GC
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>500 mcg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml),</i> <i>500 mcg/ml (1 ml)</i>	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 (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
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)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	2	GC
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres) intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	GC
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	2	GC
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	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 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
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD; GC
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	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
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 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
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	2	PA BvD; GC
<i>cyclosporine oral capsule</i> 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
<i>everolimus (immunosuppressive) oral</i> (Zortress) <i>tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	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
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD; GC
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (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-UEITS- 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	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
<i>infliximab intravenous recon soln</i> (Remicade) <i>100 mg</i>	5	PA; NM; NDS
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
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	GC
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> (CellCept Intravenous) <i>intravenous recon soln 500 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i> (CellCept) <i>250 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral</i> (CellCept) <i>suspension for reconstitution 200</i> <i>mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i> (CellCept) <i>500 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate sodium oral</i> (Myfortic) <i>tablet, delayed release (dr/ec) 180</i> <i>mg, 360 mg</i>	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
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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	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
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
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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	
DENG VAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOLE 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
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	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 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 (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML 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
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 (typhoid vi polysacch SYRINGE 25 MCG/0.5 ML vaccine)	3	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/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
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		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 %</i>	2	GC
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 % (Combigan)</i>	2	GC
<i>brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 % (Azopt)</i>	2	GC
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	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
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> 2 %	2	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> 22.3-6.8 mg/ml (Cosopt)	2	GC
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.005 % (Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	GC
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	2	GC
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 %, 4 %	2	GC
RHOPRESSA OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette</i> 0.0015 % (Zioptan (PF))	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i> 0.25 %, 0.5 %	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i> 0.25 %, 0.5 %	2	GC
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> 0.004 % (Travatan Z)	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPTHALMIC (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		
<i>acetic acid otic (ear) solution</i> 2 %	2	GC
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment</i> 500 unit/gram	2	GC
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment</i> 500-10,000 unit/gram (Polycin)	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
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	GC; QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	GC; QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	GC
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	GC
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	GC
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	GC
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	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
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 2	GC
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 2	GC
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 2	GC
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 2	GC
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	GC
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	GC
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	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		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa) 3	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	(BromSite) 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
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	2	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> <i>ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.1 %	2	GC
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	2	GC
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	GC; QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetate oil otic (ear)</i> (DermOtic Oil) <i>drops</i> 0.01 %	2	GC
<i>fluorometholone ophthalmic (eye)</i> (FML Liquifilm) <i>drops,suspension</i> 0.1 %	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye)</i> <i>drops</i> 0.03 %	2	GC
<i>fluticasone propionate nasal</i> (24 Hour Allergy Relief) <i>spray,suspension</i> 50 mcg/actuation	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)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 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)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,gel</i> 0.5 %	2	GC; QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Alrex) <i>(eye) drops,suspension</i> 0.2 %	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic</i> (Lotemax) <i>(eye) drops,suspension</i> 0.5 %	2	GC; QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> (Allergy Nasal 50 mcg/actuation (mometasone))	2	GC; QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i> (Pred Forte) <i>(eye) drops,suspension</i> 1 %	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	GC
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	3	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPTHALMIC (EYE) (cyclosporine) DROPPERETTE 0.05 %	2	GC; QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	3	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	3	QL (60 per 30 days)
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios		
<i>alcaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (proparacaine)	2	GC
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	2	GC
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	2	GC; QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	2	GC; QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	GC
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	2	ST; GC
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	2	GC
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i> (Cyclogyl)	2	GC
CYSTADROPS OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.37 %	5	PA; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
CYSTARAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	2	GC
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	2	GC; QL (15 per 10 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> 1.5 %	2	GC
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i> 0.6 %	2	GC; QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	(Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	2 GC
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 %	(Eye Allergy Itch Relief)	2 GC
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> 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
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (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
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NM; NDS
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i>	(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	

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 100 mg</i>	2	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg</i> (Vistaril)	1	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 50 mg</i>	1	GC
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	2	GC
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	2	GC
<i>levocarnitine sf 1 g/10 ml sol 100 mg/ml</i> (Carnitor (sugar-free))	2	GC
<i>levoleucovorin calcium intravenous recon soln 50 mg</i>	5	NM; NDS
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	2	GC
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	2	GC; QL (30 per 30 days)
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	2	GC
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	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
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	2	GC
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release 180 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i> (Veletri)	5	PA; NM; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	5	PA; NM; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (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)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (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)
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NM; NDS
Analgésicos		
Agentes Antiinflamatorios No Esteroides		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	GC; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; GC; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir, delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir, delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	GC
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	2	GC
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	GC
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	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
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	2	GC
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	2	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	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
<i>naproxen oral tablet, delayed release</i> (EC-Naproxen) <i>(dr/ec) 500 mg</i>	2	GC
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	2	GC
<i>piroxicam oral capsule 20 mg</i> (Feldene)	2	GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	GC
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	2	GC
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i> (Tolectin 600)	2	GC
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i> <i>120-12 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> <i>300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> <i>300-60 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> (codeine-butalbital-asacaff) <i>30-50-325-40 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i> <i>0.3 mg/ml</i>	2	GC
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i> <i>0.3 mg/ml</i>	2	GC
<i>buprenorphine transdermal patch</i> (Butrans) <i>weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i> (Fioricet with Codeine)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i> (Tencon)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol 10 mg/ml</i>	2	GC; QL (5 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; GC; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	GC; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	GC; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (1200 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg</i> (methadone)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; GC; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	4	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	4	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg</i> (MS Contin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	2	PA; GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (OxyContin)	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	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
OXYCONTIN ORAL (oxycodone) TABLET,ORAL ONLY,EXT.REL.12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	5	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	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)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	2	GC; QL (180 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	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
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml ampule</i> (Xylocaine-MPF) <i>outer,p/f,sdv 20 mg/ml (2 %)</i>	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10</i> (Xylocaine) <i>mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i>	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 5</i> (Xylocaine) <i>mg/ml (0.5 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i> (Glydo) <i>in applicator 2 %</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane</i> <i>solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA; GC
<i>lidocaine topical adhesive</i> (Tridacaine II) <i>patch,medicated 5 %</i>	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane</i> (lidocaine hcl) <i>solution 2 %</i>	2	GC
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i> <i>2.5-2.5 %</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive</i> (lidocaine) <i>patch,medicated 5 %</i>	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		
<i>deferasirox oral granules in packet</i> (Jadenu Sprinkle) <i>180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360</i> (Jadenu) <i>mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i> (Exjade) <i>125 mg</i>	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i> (Exjade) <i>250 mg, 500 mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500</i> (Ferriprox) <i>mg</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2</i> <i>gram</i>	5	PA; NM; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln</i> (Desferal) <i>500 mg</i>	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 (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL TABLET 1,000 (deferiprone) MG	5	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	GC
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Vandazole) (37.5mg/5 gram)	2	GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	GC
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	GC
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	GC
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> (Tobi) <i>inhalation solution for nebulization</i> 300 mg/5 ml	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
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	GC
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	2	GC
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	GC
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NM; NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	GC
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	GC
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	GC
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	GC
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 25 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (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
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	GC
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	GC; QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	GC; QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (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		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	GC
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	2	GC
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	GC
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefactor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	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
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	GC
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	GC
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ceftazidime injection recon soln 1 (Tazicef) gram, 2 gram, 6 gram</i>	2	GC
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	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
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NM; NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	GC
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	GC
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	GC
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	GC
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	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
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	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	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	GC
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	2	GC
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	GC
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	2	GC
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	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
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	2	GC
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	GC
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	GC
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	GC
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i> (Vibramycin)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i> (Doryx)	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
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	(Mondoxine NL)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	(Monodox)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>		2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i>	(Avidoxy)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	GC
<i>mondoxine nl oral capsule 100 mg</i>	(doxycycline monohydrate)	2	GC
<i>mondoxine nl oral capsule 75 mg</i>	(doxycycline monohydrate)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	GC
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	(Tygacil)	5	NM; NDS
Anticonceptivos			
Anticonceptivos			
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		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
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-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
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (Azurette (28))	2	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Enskyce)	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i> (Jasmiel (28))	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	2	GC
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
ELLA ORAL TABLET 30 MG	4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Kelnor 1/50 (28))	2	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	2	GC; QL (1 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	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
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	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
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	GC
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lutra (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Aurovela 1.5/30 (21))	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
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Mili)	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	2	GC
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin 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
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)		4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(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
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i>		4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-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
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTOM 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, 200 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)
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	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	GC
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	GC
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	GC
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	GC
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	GC
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	GC
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphephenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (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)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	GC; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	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
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	GC
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (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)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	GC
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	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
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	GC
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	GC
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	GC
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (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)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 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
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	GC
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	GC
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	GC
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	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	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NM; NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	GC
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	GC
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos		
Antidepresivos		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	GC
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	2	GC
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	GC
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	GC
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	2	GC
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	2	GC
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	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
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet</i> (Pristiq) <i>extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	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)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (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)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	GC
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	2	GC
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	GC
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	GC
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	GC
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (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
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	GC
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (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
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	2	GC
<i>caspofungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	5	NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	2	GC
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	GC; QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	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
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	GC
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	GC
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	2	GC; QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	GC
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	PA; NM; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	2	ST; GC; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	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
NOXAFIL INTRAVENOUS (posaconazole) SOLUTION 300 MG/16.7 ML	5	NM; NDS
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	GC
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	GC
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	GC
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml</i> (Noxafil)	5	NM; NDS
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	2	GC
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	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
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	2	GC
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2	GC
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	GC
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	2	GC
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	GC
Antimicobacteriales		
Antimicobacteriales		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	2	GC
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	2	GC
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	GC
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	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
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sitémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	GC
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	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
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	GC
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	GC
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (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
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 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
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	GC
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	GC
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	GC
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ISENTRESS 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
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	GC
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	GC
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	GC
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	GC; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	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
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (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
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	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
SYMITUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	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
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
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	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	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 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	2	PA BvD; GC
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (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)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	GC
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	5	NM; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	GC
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NM; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	5	PA BvD; NM; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	GC
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	GC
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	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
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
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTTP 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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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 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 29GX1/2" (RX) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	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 (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" 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 (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O (insulin syringe NEEDLE 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 (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	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 (insulin syringe-needle 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	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 SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	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 (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	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
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 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
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	GC
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 (gauze bandage) PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	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 (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	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

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

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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML u-100) 31 GAUGE X 5/16	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	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 (insulin syringe 1 ML needleless)	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GNP ULTRA COMFORT 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
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 PENTIP 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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	
INSULIN SYR 0.3 ML (UltiCare Insuln Syr(half 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X unit)) 1/4"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (Comfort EZ Insulin SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 Syringe) GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRIN 0.5 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER (OTC) 1/2 ML 27 GAUGE Syringe) X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML (insulin syringe-needle 29 GAUGE u-100)	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.3 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML (insulin syringe-needle 29 u-100)	2	GC
INSULIN SYRINGE 0.5 ML (Sure Comfort Insulin 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" Syringe)	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" (Easy Touch Insulin INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" 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 SYRINGE 1 ML 28G 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE u-100) X 7/16"	2	GC
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE	2	GC
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
LITETOUCH INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
LITETOUCH INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
LITETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 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
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 (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	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 (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 (1st Tier Unifine GAUGE X 5/32" Pentips)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 3/16"	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 (BD Ultra-Fine Micro GAUGE X 1/4" Pen Needle)	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
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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSULIN SYR 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
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-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)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
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 (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER (Embrace Pen Needle) 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine Pentips NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Plus)	2	GC
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	GC
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	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
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" (pen needle, diabetic) MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" (pen needle, diabetic) SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 3/16"	2	GC
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	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" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 32G X (pen needle, diabetic) 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	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 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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., (insulin syringe-needle SAFETY u-100)	2	GC
SURE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) 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	2	GC
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT 30G PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	GC
SURE COMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" 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 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE 0.3 ML 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 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
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	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 (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	2	GC
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 0.5 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan 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 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
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 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
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	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 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		2	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
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

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

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 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
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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Non-Frf		
Non-Frf		
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	GC
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i>	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	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	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
<i>magnesium sulfate injection solution</i> 500 mg/ml (50 %)	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe</i> 500 mg/ml (50 %)	2	GC
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous</i> <i>solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>potassium chloride intravenous</i> <i>solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>potassium chloride oral capsule,</i> <i>extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral liquid 20</i> <i>meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet</i> (Klor-Con 10) <i>extended release 10 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet</i> <i>extended release 15 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet</i> (K-Tab) <i>extended release 20 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet</i> (Klor-Con 8) <i>extended release 8 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er</i> (Klor-Con M10) <i>particles/crystals 10 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er</i> (Klor-Con M15) <i>particles/crystals 15 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er</i> (Klor-Con M20) <i>particles/crystals 20 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i> <i>intravenous parenteral solution 20</i> <i>meq/l</i>	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended</i> (Urocit-K 10) <i>release 10 meq (1,080 mg)</i>	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended</i> (Urocit-K 15) <i>release 15 meq</i>	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
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	2	GC
<i>potassium cl 10 meq/5 ml conc sdv,p/f,outer 2 meq/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	GC
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NM; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	GC
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	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
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	2	GC
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	GC
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous solution</i> (Lovenox) 300 mg/3 ml	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	2	GC; QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 30 (Lovenox) mg/0.3 ml	2	GC; QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 40 (Lovenox) mg/0.4 ml	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe</i> 60 (Lovenox) mg/0.6 ml	2	GC; QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 10 mg/0.8 ml	5	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml	2	GC; QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> 5 (Arixtra) mg/0.4 ml	5	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe</i> (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml	5	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge</i> 5,000 unit/ml (1 ml)	2	GC
<i>heparin (porcine) injection solution</i> 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> solution 1,000 unit/ml	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection</i> syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml	2	GC
<i>jantoven oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (warfarin) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	GC
<i>warfarin oral tablet</i> 1 mg, 10 mg, 2 (Jantoven) mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	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
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		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	GC
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS 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 (plerixafor) SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML)	5	NM; NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NM; NDS
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
<i>plerixafor subcutaneous solution 24</i> (Mozobil) <i>mg/1.2 ml (20 mg/ml)</i>	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)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO 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
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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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
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)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (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
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (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
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NM; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (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		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 750 mg</i> (Lorzone)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	GC
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	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
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	GC
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	GC
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	GC
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	GC
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	GC
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	GC
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	GC
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	GC
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	2	GC
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	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
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	GC
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	GC
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	2	GC
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	GC
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	GC
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	GC
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	GC
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	GC
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	GC
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	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
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	GC
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	GC
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	GC
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	GC
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	GC

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

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

ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 151	ADVOCATE SYRINGES 151, 152	<i>amiloride</i>51
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS..... 151	<i>afirmelle</i>123	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...51
<i>abacavir</i> 144	AIRSUPRA 65, 66	<i>amiodarone</i>42
<i>abacavir-lamivudine</i> 144	AJOVY AUTOINJECTOR..... 28	<i>amitriptyline</i> 137
ABELCET 140	AJOVY SYRINGE28	<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i> .137
ABILIFY ASIMTUFII 34	AKEEGA3	<i>amlodipine</i> 48
ABILIFY MAINTENA..... 34, 35	AKYNZEO	<i>amlodipine-atorvastatin</i> 49
<i>abiraterone</i> 3	(FOSNETUPITANT)..... 30	<i>amlodipine-benazepril</i>48
ABOUTTIME PEN NEEDLE..151	AKYNZEO (NETUPITANT).... 30	<i>amlodipine-olmesartan</i>48
ABRAXANE.....3	<i>ala-cort</i> 68	<i>amlodipine-valsartan</i>48
ABRYSVO (PF).....93	<i>ala-scalp</i> 68	<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> ..48
<i>acamprosate</i>20	<i>albendazole</i>31	<i>ammonium lactate</i>72
<i>acarbose</i>23	<i>albuterol sulfate</i>66	<i>amoxapine</i>137
<i>accutane</i>71	<i>alcaine</i> 103	<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i> .75
<i>acebutolol</i> 43	<i>alclometasone</i>68	<i>amoxicillin</i> 120
<i>acetaminophen-codeine</i> 110	ALCOHOL PADS.....72	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> 120
<i>acetazolamide</i>98	ALCOHOL PREP PADS..... 73	<i>amphotericin b</i> 140
<i>acetazolamide sodium</i>98	ALCOHOL PREP SWABS.....72	<i>amphotericin b liposome</i> 140
<i>acetic acid</i>99	ALCOHOL SWABS..... 72	<i>ampicillin</i>120
<i>acetylcysteine</i>63	ALCOHOL WIPES..... 72	<i>ampicillin sodium</i> 120
<i>acitretin</i>71	ALDURAZYME..... 198	<i>ampicillin-sulbactam</i> 120
ACTEMRA.....87	ALECENSA..... 3	<i>anagrelide</i>194
ACTEMRA ACTPEN..... 87	<i>alendronate</i>55	<i>anastrozole</i> 3
ACTHAR.....84	<i>alfuzosin</i>79	ANKTIVA.....3
ACTHAR SELFJECT..... 84	<i>aliskiren</i> 53	ANORO ELLIPTA.....66
ACTHIB (PF)..... 93	<i>allopurinol</i>28	<i>apomorphine</i>32
ACTIMMUNE.....104	<i>alosetron</i>54	APONVIE.....30
<i>acyclovir</i> 72, 150	<i>alprazolam</i>21	<i>apraclonidine</i>103
<i>acyclovir sodium</i> 150	<i>altavera (28)</i> 123	<i>aprepitant</i> 30
ADACEL(TDAP	ALTRENO.....75	APRETUDE..... 144
ADOLESN/ADULT)(PF)..... 93	ALUNBRIG.....3	<i>apri</i> 123
ADAKVEO 194	ALVAIZ..... 196	APTIOM.....132
<i>adapalene</i>74	<i>alyacen 1/35 (28)</i> 123	APTIVUS..... 144
<i>adefovir</i> 150	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> 123	AQINJECT PEN NEEDLE 152
ADEMPAS..... 107	<i>alyq</i> 107	<i>aranelle (28)</i> 123
<i>adrucil</i>3	<i>amabelz</i>81	ARCALYST..... 87
ADVAIR HFA.....65	<i>amantadine hcl</i> 32	AREXVY (PF)..... 93
ADVOCATE PEN NEEDLE... 152	<i>ambrisentan</i> 107	AREXVY ANTIGEN
	<i>amethia</i> 123	COMPONENT 93

<i>aripiprazole</i>	35	<i>ayuna</i>	124	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
ARISTADA.....	35	AYVAKIT.....	3	NEEDLE.....	154
ARISTADA INITIO.....	35	<i>azacitidine</i>	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
<i>armodafinil</i>	57	<i>azathioprine</i>	87	NEEDLE.....	154
ARNUITY ELLIPTA.....	65	<i>azathioprine sodium</i>	87	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>ascomp with codeine</i>	110	<i>azelastine</i>	103	PEN NEEDLE.....	154
<i>asenapine maleate</i>	35	<i>azithromycin</i>	119	BD VEO INSULIN SYR	
<i>ashlyna</i>	124	<i>aztreonam</i>	117	(HALF UNIT).....	154
<i>aspirin-dipyridamole</i>	196	<i>azurette (28)</i>	124	BD VEO INSULIN SYRINGE	
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>bacitracin</i>	99, 116	UF.....	155
PEN NDL.....	152	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	99	BELSOMRA.....	57
ASSURE ID DUO-SHIELD....	152	<i>baclofen</i>	200	<i>benazepril</i>	52
ASSURE ID INSULIN		<i>bal-care dha</i>	201	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	52
SAFETY.....	152, 153	<i>bal-care dha essential</i>	201	<i>bendamustine</i>	3
ASSURE ID PEN NEEDLE....	152	<i>balsalazide</i>	54	BENDAMUSTINE.....	4
ASSURE ID PRO PEN		BALVERSA.....	3	BENDEKA.....	4
NEEDLE.....	152	<i>balziva (28)</i>	124	BENLYSTA.....	87
ASTAGRAF XL.....	87	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	93	<i>benztropine</i>	33
<i>atazanavir</i>	144	BD ALCOHOL SWABS.....	72	<i>bepotastine besilate</i>	103
<i>atenolol</i>	43	BD AUTOSHIELD DUO PEN		BESREMI.....	87
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	43	NEEDLE.....	153	<i>betaine</i>	104
<i>atomoxetine</i>	57	BD ECLIPSE LUER-LOK.....	153	<i>betamethasone acet,sod phos</i>	82
<i>atorvastatin</i>	49	BD INSULIN SYRINGE.....	153	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	68, 69
<i>atovaquone</i>	32	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone valerate</i>	69
<i>atovaquone-proguanil</i>	32	(HALF UNIT).....	153	<i>betamethasone, augmented</i>	69
<i>atropine</i>	103	BD INSULIN SYRINGE SLIP		BETASERON.....	58
ATROVENT HFA.....	66	TIP.....	153	<i>betaxolol</i>	43, 98
<i>aubra eq</i>	124	BD INSULIN SYRINGE U-		<i>bethanechol chloride</i>	79
AUGTYRO.....	3	500.....	153	<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	124	BD INSULIN SYRINGE		BEXSERO.....	94
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	124	ULTRA-FINE.....	153	BEYFORTUS.....	149
<i>aurovela 24 fe</i>	124	BD NANO 2ND GEN PEN		<i>bicalutamide</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	124	NEEDLE.....	154	BICILLIN L-A.....	120
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	124	BD SAFETYGLIDE INSULIN		BIKTARVY.....	144
AUSTEDO.....	57	SYRINGE.....	154	<i>bimatoprost</i>	98
AUSTEDO XR.....	58	BD SAFETYGLIDE SYRINGE		<i>bisoprolol fumarate</i>	43
AUSTEDO XR TITRATION			154	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ..	43
KT(WK1-4).....	58	BD ULTRA-FINE MICRO		<i>bleomycin</i>	4
AUVELITY.....	137	PEN NEEDLE.....	154	<i>blisovi 24 fe</i>	124
<i>aviane</i>	124	BD ULTRA-FINE MINI PEN		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	124
AVONEX.....	58	NEEDLE.....	154	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	124
AVSOLA.....	87			BOOSTRIX TDAP.....	94

BORDERED GAUZE.....	155	<i>calcium chloride</i>	192	<i>ceftriaxone</i>	118
<i>bortezomib</i>	4	CALQUENCE		<i>cefuroxime axetil</i>	118
<i>bosentan</i>	107	(ACALABRUTINIB MAL).....	4	<i>cefuroxime sodium</i>	118
BOSULIF.....	4	<i>camila</i>	124	<i>celecoxib</i>	108
BRAFTOVI.....	4	<i>candesartan</i>	47	<i>cephalexin</i>	119
BREO ELLIPTA.....	65	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	47	CERDELGA.....	198
<i>breyana</i>	65	CAPLYTA.....	35	CEREZYME.....	198
BREZTRI AEROSPHERE.....	66	CAPRELSA.....	4	<i>cevimeline</i>	68
<i>briellyn</i>	124	<i>captopril</i>	52	<i>chateal eq (28)</i>	124
BRILINTA.....	196	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	116
<i>brimonidine</i>	98	<i>carbamazepine</i>	132	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	21
<i>brimonidine-timolol</i>	98	<i>carbidopa</i>	33	<i>chlorhexidine gluconate</i>	68
<i>brinzolamide</i>	98	<i>carbidopa-levodopa</i>	33	<i>chloroquine phosphate</i>	32
BRIVIACT.....	132	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorothiazide sodium</i>	51
<i>bromfenac</i>	101, 102	<i>entacapone</i>	33	<i>chlorpromazine</i>	35
<i>bromocriptine</i>	33	<i>carbinoxamine maleate</i>	142, 143	<i>chlorthalidone</i>	51
BRONCHITOL.....	63	<i>carboplatin</i>	4	<i>chlorzoxazone</i>	200
BRUKINSA.....	4	CAREFINE PEN NEEDLE.....	155	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	49
<i>budesonide</i>	54, 65	CARETOUCH ALCOHOL		<i>cholestyramine light</i>	49
<i>budesonide-formoterol</i>	65	PREP PAD.....	72	<i>ciclopirox</i>	140
<i>bumetanide</i>	51	CARETOUCH INSULIN		<i>cidofovir</i>	150
<i>buprenorphine</i>	110	SYRINGE.....	155, 156	<i>cilostazol</i>	196
<i>buprenorphine hcl</i>	20, 110	CARETOUCH PEN NEEDLE.....	155	CIMDUO.....	144
<i>buprenorphine-naloxone</i>	20	<i>carglumic acid</i>	76	<i>cimetidine</i>	75
<i>bupropion hcl</i>	137	<i>carteolol</i>	98	<i>cimetidine hcl</i>	75
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ...	20	<i>cartia xt</i>	45	<i>cinacalcet</i>	55
<i>buspirone</i>	104	<i>carvedilol</i>	43	CINQAIR.....	63
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	110	<i>caspofungin</i>	140	CINRYZE.....	196
<i>butalbital-acetaminophen</i>	110	CAYSTON.....	117	<i>ciprofloxacin</i>	121
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	110	<i>caziant (28)</i>	124	<i>ciprofloxacin hcl</i>	100, 121
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	110	<i>cefaclor</i>	117	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> ...	121
<i>butorphanol</i>	110	<i>cefadroxil</i>	117	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> ...	100
CABENUVA.....	144	<i>cefazolin</i>	118	<i>citalopram</i>	137
<i>cabergoline</i>	33	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	118	<i>cladribine</i>	5
CABLIVI.....	194	<i>cefdinir</i>	118	<i>clarithromycin</i>	119
CABOMETYX.....	4	<i>cefepime</i>	118	<i>clemastine</i>	143
<i>cabotegravir</i>	144	<i>cefixime</i>	118	CLENPIQ.....	79
<i>caffeine citrate</i>	58	<i>cefotaxime</i>	118	CLICKFINE PEN NEEDLE....	156
<i>calcipotriene</i>	72	<i>cefoxitin</i>	118	<i>clindamycin hcl</i>	116
<i>calcitonin (salmon)</i>	55	<i>cefpodoxime</i>	118	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	116
<i>calcitriol</i>	55	<i>cefprozil</i>	118	<i>clindamycin pediatric</i>	116
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> ..	78	<i>ceftazidime</i>	118		

<i>clindamycin phosphate</i> 73, 74, 115, 116	COARTEM.....32	<i>cyclosporine</i>88
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 74	COBENFY..... 36	<i>cyclosporine modified</i>88
CLINIMIX 5%/D15W	COBENFY STARTER PACK... 36	<i>cyproheptadine</i> 143
SULFITE FREE..... 40	<i>codeine sulfate</i> 111	CYRAMZA..... 5
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine-bitalbital-asa-caff</i>111	<i>cyred eq</i>124
SULF FREE.....40	<i>colchicine</i>28	CYSTADROPS..... 103
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colesevelam</i>49	CYSTARAN.....103
SULFIT FREE.....40	<i>colestipol</i>49	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>
CLINIMIX 5%-	<i>colistin (colistimethate na)</i> 116	<i>chloride</i> 192
D20W(SULFITE-FREE).....40	COMBIVENT RESPIMAT.....67	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> .. 192
CLINIMIX 6%-D5W	COMETRIQ..... 5	<i>dabigatran etexilate</i>194
(SULFITE-FREE)..... 40	COMFORT EZ INSULIN	<i>dalfampridine</i> 58
CLINIMIX 8%-	SYRINGE..... 156, 157, 158	<i>danazol</i> 80
D10W(SULFITE-FREE).....41	COMFORT EZ PEN	<i>dantrolene</i>200
CLINIMIX 8%-	NEEDLES..... 157	DANYELZA..... 5
D14W(SULFITE-FREE).....41	COMFORT EZ PRO SAFETY	<i>dapsone</i> 143
CLINIMIX E 2.75%/D5W	PEN NDL..... 157	DAPTACEL (DTAP
SULF FREE.....41	COMFORT TOUCH PEN	PEDIATRIC) (PF).....94
CLINIMIX E 4.25%/D10W	NEEDLE..... 158, 159	<i>daptomycin</i>116
SUL FREE.....41	COMPLERA..... 144	<i>darunavir</i> 144
CLINIMIX E 4.25%/D5W	<i>completenate</i>201	DARZALEX.....5
SULF FREE.....41	<i>compro</i>30	DARZALEX FASPRO..... 5
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>constulose</i> 76	<i>dasatinib</i> 5
SULFIT FREE.....41	COPAXONE..... 58	<i>dasetta 1/35 (28)</i>125
CLINIMIX E 5%/D20W	COPIKTRA..... 5	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>125
SULFIT FREE.....41	CORLANOR..... 46	DAURISMO.....5
CLINIMIX E 8%-D10W	CORTROPHIN GEL.....84	<i>daysee</i> 125
SULFITEFREE..... 41	COSENTYX.....87, 104	<i>deblitane</i> 125
<i>clobazam</i>132	COSENTYX (2 SYRINGES).....87	<i>decitabine</i>5
<i>clobetasol</i>69	COSENTYX PEN (2 PENS).....87	<i>deferasirox</i> 114
<i>clobetasol-emollient</i>69	COSENTYX UNOREADY	<i>deferiprone</i>114
<i>clomipramine</i> 137	PEN.....87	<i>deferoxamine</i> 114
<i>clonazepam</i> 21	COTELLIC..... 5	DELSTRIGO..... 144
<i>clonidine</i> 42	CREON.....199	<i>demeclocycline</i>122
<i>clonidine hcl</i> 42, 58	<i>cromolyn</i> 63, 76, 103	DENG VAXIA (PF)..... 94
<i>clopidogrel</i>196	<i>cryselle (28)</i> 124	<i>denta 5000 plus</i>68
<i>clorazepate dipotassium</i> 21	CURAD GAUZE PAD.....159	<i>dentagel</i> 68
<i>clotrimazole</i> 140, 141	CURITY ALCOHOL SWABS.. 72	DEPO-SUBQ PROVERA 104... 86
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 141	CURITY GAUZE.....159	DERMACEA.....159
<i>clozapine</i>35, 36	<i>cyclobenzaprine</i>200	DERMACEA NON-WOVEN.. 159
<i>c-nate dha</i> 201	<i>cyclopentolate</i>103	DESCOVY..... 145
	<i>cyclophosphamide</i> 5	<i>desipramine</i> 137

<i>desmopressin</i>	84	<i>diphenhydramine hcl</i>	143	<i>droxidopa</i>	42
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	125	<i>diphenoxylate-atropine</i>	76	DUAVEE.....	81
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	125	<i>dipyridamole</i>	196	<i>duloxetine</i>	138
<i>desonide</i>	69	<i>disopyramide phosphate</i>	42	DUPIXENT PEN.....	88
<i>desoximetasone</i>	69, 70	<i>disulfiram</i>	20	DUPIXENT SYRINGE.....	88
<i>desvenlafaxine succinate</i>	138	<i>divalproex</i>	133	<i>dutasteride</i>	79
<i>dexamethasone</i>	83	<i>docetaxel</i>	6	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	79
<i>dexamethasone sodium phos</i> <i>(pf)</i>	83	<i>dofetilide</i>	42	EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	72
<i>dexamethasone sodium</i> <i>phosphate</i>	83, 102	<i>donepezil</i>	22	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	162, 163
<i>dexmethylphenidate</i>	58	DOPTELET (10 TAB PACK)..	196	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	162, 163
<i>dextrazoxane hcl</i>	104	DOPTELET (15 TAB PACK)..	196	EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	161, 162
<i>dextroamphetamine sulfate</i> ...58, 59		DOPTELET (30 TAB PACK)..	196	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	163
<i>dextroamphetamine-</i> <i>amphetamine</i>	59	<i>dorzolamide</i>	99	EASY GLIDE PEN NEEDLE..	163
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> ...41		<i>dorzolamide-timolol</i>	99	EASY TOUCH.....	164, 165
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	41	<i>dotti</i>	81	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS.....	72
DIACOMIT.....	132	DOVATO.....	145	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	164
<i>diazepam</i>	21, 132	<i>doxazosin</i>	42	EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	163
<i>diazepam intensol</i>	21	<i>doxepin</i>	138	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	163
<i>diazoxide</i>	104	<i>doxercalciferol</i>	55	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	163, 164, 165
<i>diclofenac potassium</i>	108	<i>doxorubicin</i>	6	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	164
<i>diclofenac sodium</i>	102, 108	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	6	EASY TOUCH PEN NEEDLE	164
<i>diclofenac-misoprostol</i>	108	<i>doxy-100</i>	122	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE.....	165
<i>dicloxacillin</i>	121	<i>doxycycline hyclate</i>	122	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	163, 164
<i>dicyclomine</i>	76	<i>doxycycline monohydrate</i>	123	EASY TOUCH UNI-SLIP	165
<i>didanosine</i>	145	DRIZALMA SPRINKLE.....	138	<i>ec-naproxen</i>	108
DIFICID.....	119	<i>dronabinol</i>	30	<i>econazole</i>	141
<i>diflorasone</i>	70	<i>droperidol</i>	30	<i>edaravone</i>	59
<i>diflunisal</i>	108	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT).....	159	EDARBI.....	47
<i>difluprednate</i>	102	DROPLET INSULIN SYRINGE.....	159, 160		
<i>digitek</i>	46	DROPLET MICRON PEN NEEDLE.....	160		
<i>digox</i>	46	DROPLET PEN NEEDLE	160, 161		
<i>digoxin</i>	46	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS.....	72		
<i>dihydroergotamine</i>	28	DROPSAFE INSULIN SYRINGE.....	161		
DILANTIN.....	132	DROPSAFE PEN NEEDLE.....	161		
<i>diltiazem hcl</i>	45	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> ..	125		
<i>dilt-xr</i>	45	DROXIA.....	194		
<i>dimenhydrinate</i>	30				
<i>dimethyl fumarate</i>	59				
DIPENTUM.....	54				

EDARBYCLOR.....	47	<i>enilloring</i>	125	<i>eszopiclone</i>	57
EDURANT.....	145	<i>enoxaparin</i>	195	<i>ethambutol</i>	143
<i>efavirenz</i>	145	<i>enpresse</i>	125	<i>ethosuximide</i>	133
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ..	145	<i>enskyce</i>	125	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	125
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	145	ENSPRYNG.....	59	<i>etodolac</i>	108
EGRIFTA SV.....	84	<i>entacapone</i>	33	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> ...	125
ELAPRASE.....	199	ENTADFI.....	79	ETOPOPHOS.....	7
<i>electrolyte-148</i>	192	<i>entecavir</i>	150	<i>etoposide</i>	7
ELFABRIO.....	199	ENTRESTO.....	47	<i>etravirine</i>	145
ELIGARD.....	6	ENTRESTO SPRINKLE.....	47	EUCRISA.....	70
ELIGARD (3 MONTH).....	6	<i>enulose</i>	77	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	7
ELIGARD (4 MONTH).....	6	EPCLUSA.....	148	<i>everolimus</i>	
ELIGARD (6 MONTH).....	6	EPIDIOLEX.....	133	<i>(immunosuppressive)</i>	88
<i>elinet</i>	125	<i>epinastine</i>	103	EVOTAZ.....	145
ELIQUIS.....	194	<i>epinephrine</i>	46	EVRYSDI.....	104
ELIQUIS DVT-PE TREAT		<i>epitol</i>	133	<i>exemestane</i>	7
30D START.....	194	EPIVIR HBV.....	145	EXKIVITY.....	7
ELITEK.....	199	EPKINLY.....	6	EXONDYS-51.....	104
<i>elixophyllin</i>	67	<i>eplerenone</i>	53	EXTENCILLINE.....	121
ELLA.....	125	<i>epoprostenol</i>	107	EYSUVIS.....	102
ELMIRON.....	104	EPRONTIA.....	133	EZALLOR SPRINKLE.....	49
ELREXFIO.....	6	<i>eprosartan</i>	47	<i>ezetimibe</i>	49
<i>eluryng</i>	125	ERBITUX.....	6	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	49
EMBRACE PEN NEEDLE.....	165	<i>ergoloid</i>	22	FABRAZYME.....	199
EMCYT.....	6	ERIVEDGE.....	6	<i>falmina (28)</i>	126
EMEND.....	30	ERLEADA.....	6	<i>famciclovir</i>	150
EMGALITY PEN.....	28	<i>erlotinib</i>	6, 7	<i>famotidine</i>	75, 76
EMGALITY SYRINGE.....	29	<i>errin</i>	125	<i>famotidine (pf)</i>	75
EMSAM.....	138	<i>ertapenem</i>	117	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	75
<i>emtricitabine</i>	145	<i>ery pads</i>	74	FANAPT.....	36
<i>emtricitabine-tenofov</i> ir (tdf)	145	<i>erythromycin</i>	100, 119	FARXIGA.....	23
EMTRIVA.....	145	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	119	FASENRA.....	63
<i>emzahh</i>	125	<i>erythromycin with ethanol</i>	74	FASENRA PEN.....	63
<i>enalapril maleate</i>	53	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> ..	74	<i>febuxostat</i>	28
<i>enalaprilat</i>	53	<i>escitalopram oxalate</i>	138	<i>felbamate</i>	133
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>esomeprazole magnesium</i>	75	<i>felodipine</i>	48
ENBREL.....	88	<i>esomeprazole sodium</i>	75	FEMRING.....	82
ENBREL MINI.....	88	<i>estarylla</i>	125	<i>fenofibrate</i>	50
ENBREL SURECLICK.....	88	<i>estazolam</i>	21, 22	<i>fenofibrate micronized</i>	50
<i>endocet</i>	111	<i>estradiol</i>	81, 82	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	50
ENGERIX-B (PF).....	94	<i>estradiol valerate</i>	82	<i>fenofibric acid (choline)</i>	50
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	94	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	82	<i>fenoprofen</i>	108

<i>fentanyl</i>	111	<i>fluvastatin</i>	50	GAVRETO.....	7
<i>fentanyl citrate</i>	111	<i>fluvoxamine</i>	138	<i>gefitinib</i>	8
FERRIPROX.....	115	<i>folivane-ob</i>	201	<i>gemcitabine</i>	8
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	115	<i>fomepizole</i>	104	<i>gemfibrozil</i>	50
<i>fesoterodine</i>	80	<i>fondaparinux</i>	195	<i>generlac</i>	77
FETZIMA.....	138	<i>fosamprenavir</i>	145	<i>gengraf</i>	89
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	26	<i>fosaprepitant</i>	30	<i>gentak</i>	100
FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	26	<i>foscarnet</i>	149	<i>gentamicin</i>	74, 100, 115
FIASP U-100 INSULIN.....	26	<i>fosinopril</i>	53	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	115
<i>finasteride</i>	79	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ...53		<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	115
<i> fingolimod</i>	59	<i>fosphenytoin</i>	133	GENVOYA.....	145
FINTEPLA.....	133	FOTIVDA.....	7	GILENYA.....	59
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....	7	FREESTYLE PRECISION.....	166	GILOTRIF.....	8
<i>flavoxate</i>	80	FRUZAQLA.....	7	GIVLAARI.....	194
FLEBOGAMMA DIF.....	88	FULPHILA.....	196	<i>glatiramer</i>	59
<i>flecainide</i>	42	<i>fulvestrant</i>	7	<i>glatopa</i>	60
<i>floxuridine</i>	7	<i>furosemide</i>	51	GLEOSTINE.....	8
<i>fluconazole</i>	141	FUZEON.....	145	<i>glimepiride</i>	27
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	141	FYARRO.....	7	<i>glipizide</i>	27
<i>flucytosine</i>	141	<i>fyavolv</i>	82	<i>glipizide-metformin</i>	28
<i>fludrocortisone</i>	83	FYCOMPA.....	133	<i>glutamine (sickle cell)</i>	104
<i>flumazenil</i>	59	FYLNETRA.....	196	<i>glyburide</i>	28
<i>flunisolide</i>	102	<i>gabapentin</i>	133	<i>glyburide micronized</i>	28
<i>fluocinolone</i>	70	GALAFOLD.....	199	<i>glyburide-metformin</i>	28
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	102	<i>galantamine</i>	22	<i>glycopyrrolate</i>	77
<i>fluocinonide</i>	70	<i>gallifrey</i>	86	<i>glydo</i>	113
<i>fluocinonide-emollient</i>	70	GAMIFANT.....	88	GLYXAMBI.....	23
<i>fluoride (sodium)</i>	68	GAMMAGARD LIQUID.....	88	<i>granisetron (pf)</i>	30
<i>fluorometholone</i>	102	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	88	<i>granisetron hcl</i>	31
<i>fluorouracil</i>	7, 72	GAMMAPLEX.....	89	GRANIX.....	196, 197
<i>fluoxetine</i>	138	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	89	<i>griseofulvin microsize</i>	141
<i>fluphenazine decanoate</i>	36	GAMUNEX-C.....	89	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	141
<i>fluphenazine hcl</i>	36	<i>ganciclovir sodium</i>	150	<i>guanfacine</i>	42, 60
<i>flurazepam</i>	22	GARDASIL 9 (PF).....	94	GVOKE.....	105
<i>flurbiprofen</i>	109	<i>gatifloxacin</i>	100	GVOKE HYPOPEN 2-PACK..	104
<i>flurbiprofen sodium</i>	102	GATTEX 30-VIAL.....	77	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	105
<i>fluticasone propionate</i> ..	65, 70, 102	GAUZE PAD.....	166	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	105
<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...65		<i>gavilyte-c</i>	79	HAEGARDA.....	197
		<i>gavilyte-g</i>	79	<i>hailey</i>	126
		<i>gavilyte-n</i>	79	<i>hailey 24 fe</i>	126

<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	126	HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>imiquimod</i>	72
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	126	KWIKPEN.....	26	IMJUDO.....	9
<i>halobetasol propionate</i>	70	<i>hydralazine</i>	46	IMLYGIC.....	9
<i>haloette</i>	126	<i>hydrochlorothiazide</i>	51, 52	IMOVAX RABIES VACCINE	
<i>haloperidol</i>	36	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	111	(PF).....	95
<i>haloperidol decanoate</i>	36	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	111	IMPAVIDO.....	32
<i>haloperidol lactate</i>	36	<i>hydrocortisone</i>	54, 70, 71, 83	INBRIJA.....	33
HARVONI.....	148, 149	HYDROCORTISONE.....	71	<i>incassia</i>	126
HAVRIX (PF).....	94	<i>hydrocortisone butyrate</i>	70	INCONTROL ALCOHOL	
HEALTHWISE INSULIN		HYDROCORTISONE		PADS.....	72
SYRINGE.....	167	LOTION COMPLETE.....	70	INCONTROL PEN NEEDLE	
HEALTHWISE PEN NEEDLE	167	<i>hydrocortisone valerate</i>	71		167, 168
HEALTHY ACCENTS		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	100	INCRELEX.....	84
UNIFINE PENTIP.....	167	<i>hydromorphone</i>	111	<i>indapamide</i>	52
<i>heather</i>	126	<i>hydromorphone (pf)</i>	111	<i>indomethacin</i>	109
HEMADY.....	83	<i>hydroxychloroquine</i>	32	INFANRIX (DTAP) (PF).....	95
<i>heparin (porcine)</i>	195	<i>hydroxyprogesterone</i>		INFLECTRA.....	90
<i>heparin, porcine (pf)</i>	195	<i>cap(ppres)</i>	86	<i>infliximab</i>	90
HEPLISAV-B (PF).....	94	<i>hydroxyprogesterone caproate</i> ...	86	INGREZZA.....	60
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	<i>hydroxyurea</i>	8	INGREZZA INITIATION	
HERZUMA.....	8	<i>hydroxyzine hcl</i>	143	PK(TARDIV).....	60
HETLIOZ LQ.....	57	<i>hydroxyzine pamoate</i>	105	INGREZZA SPRINKLE.....	60
HIBERIX (PF).....	94	HYQVIA.....	90	INLYTA.....	9
HUMIRA.....	89	<i>ibandronate</i>	55	INPEN (FOR HUMALOG)	
HUMIRA PEN.....	89	IBRANCE.....	8	BLUE.....	168
HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>ibu</i>	109	INPEN (NOVOLOG OR	
HS START.....	89	<i>ibuprofen</i>	109	FIASP) BLUE.....	168
HUMIRA PEN PSOR-		<i>ibuprofen-famotidine</i>	109	INQOVI.....	9
UVEITS-ADOL HS.....	89	<i>icatibant</i>	46	INREBIC.....	9
HUMIRA(CF).....	90	<i>iclevia</i>	126	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	26
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		ICLUSIG.....	8	<i>insulin aspart u-100</i>	26
STARTER.....	89	IDHIFA.....	8	INSULIN SYR/NDL U100	
HUMIRA(CF) PEN.....	90	<i>ifosfamide</i>	8	HALF MARK.....	168
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		ILARIS (PF).....	90	INSULIN SYRINGE.....	154
UC-HS.....	89	ILEVRO.....	102	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA(CF) PEN		ILUMYA.....	90	MICROFINE.....	153
PEDIATRIC UC.....	89	<i>imatinib</i>	8	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		IMBRUVICA.....	8, 9	NEEDLELESS.....	153
ADOL HS.....	89	IMDELLTRA.....	9		
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>imipenem-cilastatin</i>	117		
INSULIN.....	26	<i>imipramine hcl</i>	138		
		<i>imipramine pamoate</i>	138		

INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	JANUMET XR.....	23	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	10
166, 168, 169, 176, 177, 181, 184, 185	JANUVIA.....	23	KLISYRI.....	73
INSUPEN PEN NEEDLE.....	JARDIANCE.....	23	<i>klor-con m10</i>	192
INTELENCE.....	<i>jasmiel (28)</i>	126	<i>klor-con m15</i>	192
INTRALIPID.....	<i>javygtor</i>	199	<i>klor-con m20</i>	192
INVEGA HAFYERA.....	JAYPIRCA.....	9	KLOXXADO.....	20
INVEGA SUSTENNA.....	JEMPERLI.....	9	KOSELUGO.....	10
INVEGA TRINZA.....	<i>jencycla</i>	126	<i>kosher prenatal plus iron</i>	201
INVELTYS.....	JENTADUETO.....	23	KOURZEQ.....	68
INVIRASE.....	JENTADUETO XR.....	24	KRAZATI.....	10
IPOL.....	<i>jinteli</i>	82	KRINTAFEL.....	32
<i>ipratropium bromide</i>	<i>juleber</i>	126	KRYSTEXXA.....	199
<i>ipratropium-albuterol</i>	JULUCA.....	146	<i>kurvelo (28)</i>	127
IQIRVO.....	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	126	KYNMOBI.....	33
<i>irbesartan</i>	<i>junel 1/20 (21)</i>	126	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	127
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	126	<i>labetalol</i>	43, 44
<i>irinotecan</i>	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	126	<i>lacosamide</i>	134
ISENTRESS.....	<i>junel fe 24</i>	126	<i>lactulose</i>	77
ISENTRESS HD.....	JUXTAPID.....	50	<i>lagevrio (eua)</i>	150
<i>isibloom</i>	JYLAMVO.....	9	<i>lamivudine</i>	146
ISOLYTE S PH 7.4.....	JYNARQUE.....	52	<i>lamivudine-zidovudine</i>	146
ISOLYTE-P IN 5 %	JYNNEOS (PF).....	95	<i>lamotrigine</i>	134
DEXTROSE.....	<i>kalliga</i>	127	<i>lanreotide</i>	84
ISOLYTE-S.....	KALYDECO.....	63	<i>lansoprazole</i>	76
<i>isoniazid</i>	KANJINTI.....	9	<i>lanthanum</i>	78
<i>isosorbide dinitrate</i>	KANUMA.....	199	<i>lapatinib</i>	10
<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>kariva (28)</i>	127	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	127
<i>isosorbide-hydralazine</i>	KATERZIA.....	49	<i>larin 1/20 (21)</i>	127
<i>isradipine</i>	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	127	<i>larin 24 fe</i>	127
<i>itraconazole</i>	<i>kelnor 1/50 (28)</i>	127	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	127
IV PREP WIPES.....	KERENDIA.....	53	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	127
<i>ivabradine</i>	KESIMPTA PEN.....	60	<i>latanoprost</i>	99
<i>ivermectin</i>	<i>ketoconazole</i>	141	LAZCLUZE.....	10
IWILFIN.....	<i>ketoprofen</i>	109	<i>leflunomide</i>	90
IXCHIQ (PF).....	<i>ketorolac</i>	102, 109	<i>lenalidomide</i>	10
IXIARO (PF).....	KEVZARA.....	90	LENTOCILIN S.....	121
<i>jaimiess</i>	KEYTRUDA.....	9	LENVIMA.....	10
JAKAFI.....	KIMMTRAK.....	9	<i>lessina</i>	127
<i>jantoven</i>	KINERET.....	90	<i>letrozole</i>	10
JANUMET.....	KINRIX (PF).....	95	<i>leucovorin calcium</i>	105
	<i>kionex (with sorbitol)</i>	77	LEUKERAN.....	10
	KISQALI.....	10		

LEUKINE.....	197	<i>loperamide</i>	77	<i>magnesium sulfate in water</i>	192
<i>leuprolide</i>	11	<i>lopinavir-ritonavir</i>	146	<i>malathion</i>	74
<i>leuprolide (3 month)</i>	10	LOQTORZI.....	11	<i>maraviroc</i>	146
<i>levetiracetam</i>	134	<i>lorazepam</i>	22	MARGENZA.....	11
<i>levobunolol</i>	99	<i>lorazepam intensol</i>	22	<i>marlissa (28)</i>	128
<i>levocarnitine</i>	105	LORBRENA.....	11	<i>marnatal-f</i>	201
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	105	<i>loryna (28)</i>	128	MARPLAN.....	138
<i>levocetirizine</i>	143	<i>losartan</i>	47	MATULANE.....	11
<i>levofloxacin</i>	100, 104, 122	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	47	<i>matzim la</i>	45
<i>levofloxacin in d5w</i>	121	LOTEMAX.....	102	MAVENCLAD (10 TABLET	
<i>levoleuovorin calcium</i>	105	LOTEMAX SM.....	102	PACK).....	60
<i>levonest (28)</i>	127	<i>loteprednol etabonate</i>	102	MAVENCLAD (4 TABLET	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> ..	127	<i>lovastatin</i>	50	PACK).....	60
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	127	<i>low-ogestrel (28)</i>	128	MAVENCLAD (5 TABLET	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	128	<i>loxapine succinate</i>	37	PACK).....	60
<i>levora-28</i>	128	<i>lo-zumandimine (28)</i>	128	MAVENCLAD (6 TABLET	
<i>levothyroxine</i>	80	<i>lubiprostone</i>	77	PACK).....	60
LEXIVA.....	146	LUMAKRAS.....	11	MAVENCLAD (7 TABLET	
LIBERVANT.....	134	LUMIGAN.....	99	PACK).....	60
<i>lidocaine</i>	114	LUNSUMIO.....	11	MAVENCLAD (8 TABLET	
<i>lidocaine (pf)</i>	42, 113, 114	LUPRON DEPOT.....	85	PACK).....	60
<i>lidocaine hcl</i>	114	LUPRON DEPOT (3 MONTH)		MAVENCLAD (9 TABLET	
<i>lidocaine viscous</i>	114		11, 84	PACK).....	61
<i>lidocaine-prilocaine</i>	114	LUPRON DEPOT (4 MONTH).	11	MAVYRET.....	149
<i>linezolid</i>	116	LUPRON DEPOT (6 MONTH).	11	MAXICOMFORT II PEN	
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	116	LUPRON DEPOT-PED.....	85	NEEDLE.....	171
LINZESS.....	77	LUPRON DEPOT-PED (3		MAXICOMFORT INSULIN	
<i>liothyronine</i>	80	MONTH).....	85	SYRINGE.....	171
LISCO.....	169	<i>lurasidone</i>	37	MAXI-COMFORT INSULIN	
<i>lisinopril</i>	53	<i>lutra (28)</i>	128	SYRINGE.....	171
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	53	LYBALVI.....	37	MAXICOMFORT SAFETY	
LITE TOUCH INSULIN PEN		<i>lyleq</i>	128	PEN NEEDLE.....	171
NEEDLES.....	169, 170	<i>lyllana</i>	82	MAYZENT.....	61
LITE TOUCH INSULIN		LYNPARZA.....	11	MAYZENT STARTER(FOR	
SYRINGE.....	169, 170	LYSODREN.....	11	1MG MAINT).....	61
<i>lithium carbonate</i>	60	LYTGOBI.....	11	MAYZENT STARTER(FOR	
<i>lithium citrate</i>	60	<i>lyza</i>	128	2MG MAINT).....	61
LIVALO.....	50	MAGELLAN INSULIN		<i>meclizine</i>	31
LIVDELZI.....	77	SAFETY SYRNG.....	171	<i>medroxyprogesterone</i>	86
<i>lojaimiess</i>	128	MAGELLAN SYRINGE. 170, 171		<i>mefenamic acid</i>	109
LOKELMA.....	77	<i>magnesium sulfate</i>	193	<i>mefloquine</i>	32
LONSURF.....	11	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	192	<i>megestrol</i>	11, 86

MEKINIST	12	<i>mexiletine</i>	43	<i>moxifloxacin</i>	100, 122
MEKTOVI	12	<i>miconazole-3</i>	141	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	122
<i>meloxicam</i>	109	MICRODOT INSULIN PEN		<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	122
<i>memantine</i>	22, 23	NEEDLE	171	MOZOBIL	197
MENACTRA (PF)	95	MICRODOT READYGARD		MRESVIA (PF)	95
MENQUADFI (PF)	95	PEN NEEDLE	171	MULTAQ	43
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	128	<i>mupirocin</i>	74
(PF)	95	<i>midazolam</i>	22	MVASI	12
MEPSEVII	199	<i>midodrine</i>	42	<i>mycophenolate mofetil</i>	90
<i>mercaptopurine</i>	12	<i>mifepristone</i>	24	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	90
<i>meropenem</i>	117	<i>miglitol</i>	24	<i>mycophenolate sodium</i>	90
<i>merzee</i>	128	<i>miglustat</i>	199	<i>mynatal</i>	201
<i>mesalamine</i>	54, 55	<i>mili</i>	128	<i>mynatal advance</i>	201
<i>mesna</i>	105	<i>mimvey</i>	82	<i>mynatal plus</i>	201
MESNEX	105	MINI ULTRA-THIN II	172	<i>mynatal-z</i>	201
<i>metadate er</i>	61	<i>minocycline</i>	123	<i>mynate 90 plus</i>	201
<i>metformin</i>	24	<i>minoxidil</i>	54	MYRBETRIQ	80
<i>methadone</i>	111, 112	MIPLYFFA	192	<i>nabumetone</i>	109
<i>methadose</i>	112	<i>mirtazapine</i>	139	<i>nadolol</i>	44
<i>methazolamide</i>	99	<i>misoprostol</i>	76	<i>nafcillin</i>	121
<i>methenamine hippurate</i>	116	<i>mitoxantrone</i>	12	NAGLAZYME	199
<i>methimazole</i>	80	M-M-R II (PF)	95	<i>naloxone</i>	20
<i>methocarbamol</i>	200	<i>m-natal plus</i>	201	<i>naltrexone</i>	20
<i>methotrexate sodium</i>	12	<i>modafinil</i>	57	NAMZARIC	23
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	12	<i>moexipril</i>	53	<i>naproxen</i>	109, 110
<i>methoxsalen</i>	73	<i>molindone</i>	37, 38	<i>naratriptan</i>	29
<i>methscopolamine</i>	77	<i>mometasone</i>	71, 102	NATACYN	100
<i>methsuximide</i>	134	<i>mondoxyne nl</i>	123	<i>nateglinide</i>	24
<i>methyl dopa</i>	42	MONOJECT INSULIN		NATPARA	56
<i>methylphenidate hcl</i>	61, 62	SAFETY SYRING	172, 173	NAYZILAM	134
<i>methylprednisolone</i>	83	MONOJECT INSULIN		<i>nebivolol</i>	44
<i>methylprednisolone acetate</i>	83	SYRINGE	172, 173	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	128
<i>methylprednisolone sodium</i>		MONOJECT SYRINGE	172	<i>nefazodone</i>	139
<i>succ</i>	83	MONOJECT ULTRA		<i>neomycin</i>	115
<i>metoclopramide hcl</i>	77	COMFORT INSULIN	186	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	100
<i>metolazone</i>	52	<i>mono-lynyah</i>	128	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	100
<i>metoprolol succinate</i>	44	<i>montelukast</i>	66	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	74
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	44	<i>morphine</i>	112	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metoprolol tartrate</i>	44	MORPHINE	112	<i>dexameth</i>	100
<i>metronidazole</i>	74, 115, 116	<i>morphine concentrate</i>	112	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> ..	116	MOUNJARO	24		100
<i>metyrosine</i>	46	MOVANTIK	77	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	100, 101

<i>neo-polycin</i>	101	NORVIR.....	146	<i>ofloxacin</i>	101
<i>neo-polycin hc</i>	101	NOVOFINE 30.....	173	OGIVRI.....	12
NERLYNX.....	12	NOVOFINE 32.....	173	OGSIVEO.....	12
NEULASTA ONPRO.....	197	NOVOFINE PLUS.....	173	OJEMDA.....	12, 13
NEUPRO.....	33	NOVOLIN 70/30 U-100		OJJAARA.....	13
<i>nevirapine</i>	146	INSULIN.....	26	<i>olanzapine</i>	38
<i>newgen</i>	201	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>olmesartan</i>	47
NEXLETOL.....	50	U-100.....	26	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	48
NEXLIZET.....	50	NOVOLIN N FLEXPEN.....	26	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>niacin</i>	50	NOVOLIN N NPH U-100		<i>olopatadine</i>	104
<i>niacor</i>	50	INSULIN.....	27	OLUMIANT.....	91
<i>nicardipine</i>	49	NOVOLIN R FLEXPEN.....	27	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	50
NICOTROL.....	20	NOVOLIN R REGULAR U100		<i>omeprazole</i>	76
NICOTROL NS.....	20	INSULIN.....	27	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	76
<i>nifedipine</i>	49	NOVOTWIST.....	173	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2	
<i>nikki (28)</i>	128	NOXAFIL.....	142	PLUS).....	173
<i>nilutamide</i>	12	NPLATE.....	197	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO	
NINLARO.....	12	NUBEQA.....	12	KT(GEN5).....	173
<i>nitazoxanide</i>	32	NUCALA.....	63	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS	
<i>nitisinone</i>	199	NULOJIX.....	91	(GEN 5).....	173
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	116	NUPLAZID.....	38	OMNIPOD 5	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		NURTEC ODT.....	29	INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	173
.....	116	NUTRILIPID.....	41	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nitroglycerin</i>	54, 105	<i>nyamyc</i>	142	(GEN 3).....	173
<i>niva-plus</i>	201	<i>nylia 1/35 (28)</i>	129	OMNIPOD DASH INTRO KIT	
NIVESTYM.....	197	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	129	(GEN 4).....	173
<i>nizatidine</i>	76	<i>nymyo</i>	129	OMNIPOD DASH PDM KIT	
NORDITROPIN FLEXPRO.....	85	<i>nystatin</i>	142	(GEN 4).....	173
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	128	<i>nystatin-triamcinolone</i>	142	OMNIPOD DASH PODS	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	128	<i>nystop</i>	142	(GEN 4).....	173
<i>norethindrone acetate</i>	86	NYVEPRIA.....	197	OMNIPOD GO PODS.....	174
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		<i>obstetrix dha</i>	201	OMNIPOD GO PODS 10	
.....	82, 128, 129	<i>obstetrix dha prenatal duo</i>	201	UNITS/DAY.....	174
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	129	<i>o-cal prenatal</i>	201	OMNIPOD GO PODS 15	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	129	OICALIVA.....	77	UNITS/DAY.....	174
NORMOSOL-M IN 5 %		OCREVUS.....	62	OMNIPOD GO PODS 20	
DEXTROSE.....	193	OCREVUS ZUNOVO.....	62	UNITS/DAY.....	174
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	129	OCTAGAM.....	91	OMNIPOD GO PODS 25	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	129	<i>octreotide acetate</i>	85	UNITS/DAY.....	174
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	129	ODEFSEY.....	146	OMNIPOD GO PODS 30	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	129	ODOMZO.....	12	UNITS/DAY.....	174
<i>nortriptyline</i>	139	OFEV.....	63		

OMNIPOD GO PODS 40		
UNITS/DAY	174	
ondansetron	31	
ondansetron hcl	31	
ondansetron hcl (pf)	31	
ONGENTYS	33	
ONTRUZANT	13	
ONUREG	13	
OPDIVO	13	
OPDUALAG	13	
OPSUMIT	107	
oralone	68	
ORENCIA	91	
ORENCIA (WITH MALTOSE)	91	
ORENCIA CLICKJECT	91	
ORFADIN	199	
ORGOVYX	85	
ORILISSA	85	
ORKAMBI	63	
ORSERDU	13	
oseltamivir	149	
OSMOLEX ER	34	
OTEZLA	91	
OTEZLA STARTER	91	
oxaliplatin	13	
oxandrolone	80	
oxazepam	22	
oxcarbazepine	134, 135	
OXLUMO	105	
oxybutynin chloride	80	
oxycodone	112	
oxycodone-acetaminophen	112	
OXYCONTIN	113	
oxymorphone	113	
OZEMPIC	24	
pacerone	43	
paclitaxel	13	
paclitaxel protein-bound	13	
paliperidone	38	
PALYNZIQ	199	
pamidronate	56	
PANRETIN	73	
pantoprazole	76	
paricalcitol	56	
paroex oral rinse	68	
paromomycin	32	
paroxetine hcl	139	
PAXLOVID	149	
pazopanib	13	
PEDIARIX (PF)	95	
PEDVAX HIB (PF)	95	
peg 3350-electrolytes	79	
PEGASYS	150	
peg-electrolyte soln	79	
PEMAZYRE	13	
pemetrexed	13	
pemetrexed disodium	13	
PEMRYDI RTU	13	
PEN NEEDLE.. 166, 174, 175, 177		
PEN NEEDLE, DIABETIC		
..... 158, 171, 172, 174, 176		
PEN NEEDLE, DIABETIC,		
SAFETY	177	
PENBRAYA (PF)	96	
PENBRAYA MENACWY		
COMPONENT(PF)	96	
PENBRAYA MENB		
COMPONENT (PF)	96	
penciclovir	73	
penicillamine	115	
penicillin g potassium	121	
penicillin g procaine	121	
penicillin v potassium	121	
PENTACEL (PF)	96	
pentamidine	32	
PENTIPS PEN NEEDLE	175	
pentoxifylline	196	
perindopril erbumine	53	
perio gard	68	
permethrin	74	
perphenazine	38	
perphenazine-amitriptyline	139	
PERSERIS	38	
pfizerpen-g	121	
phenelzine	139	
phenobarbital	135	
phenylephrine hcl	42	
phenytoin	135	
phenytoin sodium	135	
phenytoin sodium extended	135	
philith	129	
PIFELTRO	146	
pilocarpine hcl	68, 99	
pimecrolimus	71	
pimozide	38	
pimtrea (28)	129	
pindolol	44	
pioglitazone	24	
pioglitazone-metformin	24	
PIP PEN NEEDLE	175	
piperacillin-tazobactam	121	
PIQRAY	14	
pirfenidone	64	
pirmella	129	
piroxicam	110	
PLASMA-LYTE A	193	
PLEGRIDY	62	
plerixafor	197	
pnv 29-1	201	
pnv-dha + docusate	202	
pnv-omega	202	
podofilox	73	
polycin	101	
polymyxin b sulfate	117	
polymyxin b sulf-trimethoprim	101	
POMALYST	14	
portia 28	130	
posaconazole	142	
potassium chloride	193, 194	
potassium chloride-0.45 % nacl		
..... 193		
potassium citrate	193, 194	
pr natal 400	202	
pr natal 400 ec	202	
pr natal 430	202	
pr natal 430 ec	202	

PRALUENT PEN.....	50	PRO COMFORT ALCOHOL		PURIXAN.....	14
<i>pramipexole</i>	34	PADS.....	73	<i>pyrazinamide</i>	143
<i>prasugrel</i>	196	PRO COMFORT INSULIN		<i>pyridostigmine bromide</i>	105, 106
<i>pravastatin</i>	50	SYRINGE.....	175	<i>pyrimethamine</i>	32
<i>prazosin</i>	42	PRO COMFORT PEN		QINLOCK.....	14
<i>prednicarbate</i>	71	NEEDLE.....	175, 176	QUADRACEL (PF).....	96
<i>prednisolone</i>	83	PROAIR RESPICLICK.....	67	<i>quetiapine</i>	38
<i>prednisolone acetate</i>	102	<i>probenecid</i>	28	<i>quinapril</i>	53
<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>probenecid-colchicine</i>	28	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	53
.....	83, 103	<i>procainamide</i>	43	<i>quinidine gluconate</i>	43
<i>prednisone</i>	83, 84	<i>prochlorperazine</i>	31	<i>quinidine sulfate</i>	43
<i>pregabalin</i>	135	<i>prochlorperazine edisylate</i> ...	31, 38	<i>quinine sulfate</i>	32
PREHEVBRIO (PF).....	96	<i>prochlorperazine maleate</i>	31	QULIPTA.....	29
PREMARIN.....	82	<i>procto-pak</i>	71	RABAVERT (PF).....	96
PREMPHASE.....	82	<i>proctosol hc</i>	71	<i>rabeprazole</i>	76
PREMPRO.....	82	<i>proctozone-hc</i>	71	RADICAVA.....	62
<i>prenal true</i>	202	PRODIGY INSULIN		<i>raloxifene</i>	82
<i>prenaissance</i>	202	SYRINGE.....	176	<i>ramipril</i>	53
<i>prenaissance plus</i>	202	<i>progesterone</i>	86	<i>ranolazine</i>	46, 47
<i>prenatabs fa</i>	202	<i>progesterone micronized</i>	86	<i>rasagiline</i>	34
<i>prenatal 19</i>	202	PROGRAF.....	91	RASUVO (PF).....	91
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>	202	PROLASTIN-C.....	64	RAVICTI.....	77
<i>prenatal low iron</i>	202	PROLIA.....	56	RAYALDEE.....	56
<i>prenatal plus</i>	202	PROMACTA.....	197	<i>reclipsen (28)</i>	130
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	202	<i>promethazine</i>	31, 143	RECOMBIVAX HB (PF).....	96, 97
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> ..	202	<i>promethegan</i>	31	REGRANEX.....	73
<i>prenatal-u</i>	202	<i>propafenone</i>	43	RELENZA DISKHALER.....	149
<i>preplus</i>	202	<i>proparacaine</i>	104	RELEUKO.....	198
<i>pretab</i>	202	<i>propranolol</i>	44	RELION NEEDLES.....	177
PRETOMANID.....	143	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> ..	44	RELION PEN NEEDLES.....	177
<i>prevalite</i>	50	<i>propylthiouracil</i>	80	RELISTOR.....	78
PREVENT DROPSAFE PEN		PROQUAD (PF).....	96	RENFLEXIS.....	91
NEEDLE.....	175	PROSOL 20 %.....	41	<i>repaglinide</i>	24, 25
PREVYMIS.....	149	<i>protamine</i>	194	REPATHA PUSHTRONEX.....	51
PREZCOBIX.....	147	<i>protriptyline</i>	139	REPATHA SURECLICK.....	51
PREZISTA.....	147	PULMOZYME.....	199	REPATHA SYRINGE.....	51
PRIFTIN.....	143	PURE COMFORT ALCOHOL		RESTASIS.....	103
PRIMAQUINE.....	32	PADS.....	73	RESTASIS MULTIDOSE.....	103
<i>primidone</i>	135	PURE COMFORT PEN		RETACRIT.....	198
PRIORIX (PF).....	96	NEEDLE.....	176	RETEVMO.....	14
PRIVIGEN.....	91	PURE COMFORT SAFETY		RETROVIR.....	147
		PEN NEEDLE.....	176	REVCovi.....	199

<i>revonto</i>	201	RYTELO	15	SIRTURO	144
REXULTI.....	38	SAFESNAP INSULIN		SKY SAFETY PEN NEEDLE ..	178
REYATAZ.....	147	SYRINGE.....	177	SKYRIZI.....	92
REZLIDHIA.....	14	SAFETY PEN NEEDLE.....	177	SLYND.....	130
REZUROCK.....	91	<i>sajazir</i>	47	<i>sodium chloride 0.45 %</i>	194
RHOPRESSA.....	99	SANTYL.....	73	<i>sodium chloride 0.9 %</i>	194
RIABNI.....	14	<i>sapropterin</i>	200	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	68
<i>ribavirin</i>	150	SAVELLA.....	62	<i>sodium oxybate</i>	57
RIDAURA.....	91	SCEMBLIX.....	15	<i>sodium phenylbutyrate</i>	78
<i>rifabutin</i>	143	<i>scopolamine base</i>	31	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	78
<i>rifampin</i>	143	SECUADO.....	39	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> ..	79
<i>rilpivirine</i>	147	SECURESAFE INSULIN		<i>solifenacin</i>	80
<i>riluzole</i>	62	SYRINGE.....	177, 178	SOLQUA 100/33	27
<i>rimantadine</i>	149	SECURESAFE PEN NEEDLE ..	177	SOLTAMOX.....	15
RINVOQ.....	92	<i>select-ob</i>	202	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL	
RINVOQ LQ.....	91	<i>select-ob (folic acid)</i>	203	(PF).....	84
<i>risedronate</i>	56	<i>selegiline hcl</i>	34	SOMATULINE DEPOT	85, 86
<i>risperidone</i>	39	<i>selenium sulfide</i>	74	SOMAVERT.....	86
<i>risperidone microspheres</i>	39	SELZENTRY.....	147	<i>sorafenib</i>	15
<i>ritonavir</i>	147	SEMGLEE(INSULIN		<i>sorine</i>	44
RITUXAN HYCELA.....	14	GLARGINE-YFGN).....	27	<i>sotalol</i>	44
<i>rivastigmine</i>	23	SEMGLEE(INSULIN GLARG-		<i>sotalol af</i>	44
<i>rivastigmine tartrate</i>	23	YFGN)PEN.....	27	SPIRIVA RESPIMAT.....	67
RIVFLOZA.....	106	<i>se-natal 19 chewable</i>	203	SPIRIVA WITH	
<i>rizatriptan</i>	29	SEREVENT DISKUS.....	67	HANDIHALER.....	67
<i>r-natal ob</i>	202	SEROSTIM.....	85	<i>spironolactone</i>	52, 54
ROCKLATAN.....	99	<i>sertraline</i>	139	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	52
<i>roflumilast</i>	64	<i>setlakin</i>	130	SPRAVATO.....	139
ROLVEDON.....	198	<i>sevelamer carbonate</i>	78	<i>sprintec (28)</i>	130
<i>ropinirole</i>	34	<i>sevelamer hcl</i>	78	SPRITAM.....	135
<i>rosadan</i>	74	SEZABY.....	135	SPRYCEL.....	15
<i>rosuvastatin</i>	51	<i>sf 5000 plus</i>	68	<i>sps (with sorbitol)</i>	78
ROTARIX.....	97	<i>sharobel</i>	130	<i>sronyx</i>	130
ROTATEQ VACCINE.....	97	SHINGRIX (PF).....	97	<i>ssd</i>	74
ROZLYTREK.....	14	SIGNIFOR.....	85	<i>stavudine</i>	147
RUBRACA.....	14	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> ..	107	STELARA.....	92
<i>rufinamide</i>	135	<i>silver sulfadiazine</i>	74	STERILE PADS.....	178
RUKOBIA.....	147	SIMBRINZA.....	99	STIMUFEND.....	198
RUXIENCE.....	14	<i>simliya (28)</i>	130	STIOLTO RESPIMAT.....	67
RYBELSUS.....	25	<i>simpesse</i>	130	STIVARGA.....	15
RYBREVANT.....	15	<i>simvastatin</i>	51	STRENSIQ.....	200
RYDAPT.....	15	<i>sirolimus</i>	92	<i>streptomycin</i>	115

STRIBILD.....	147	SYNAGIS.....	149	TECHLITE PEN NEEDLE	
STRIVERDI RESPIMAT.....	67	SYNAREL.....	86		180, 181
SUBLOCADE.....	20, 21	SYNJARDY.....	25	TECHLITE PLUS PEN	
<i>subvenite</i>	135	SYNJARDY XR.....	25	NEEDLE.....	181
<i>sucrafate</i>	76	SYNRIBO.....	15	TECVAYLI.....	16
<i>sulfacetamide sodium</i>	101	SYRINGE WITH NEEDLE,		TEFLARO.....	119
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	74	SAFETY.....	177	<i>telmisartan</i>	48
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	101	TABLOID.....	15	<i>telmisartan-amlodipine</i>	48
<i>sulfadiazine</i>	122	TABRECTA.....	15	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	48
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	122	<i>tacrolimus</i>	71, 92	<i>temazepam</i>	22
<i>sulfasalazine</i>	55	<i>tadalafil</i>	107	TEMIXYS.....	147
<i>sulindac</i>	110	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> ..	107	<i>tencon</i>	113
<i>sumatriptan</i>	29	TAFINLAR.....	15	TENIVAC (PF).....	97
<i>sumatriptan succinate</i>	29	<i>tafluprost (pf)</i>	99	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ...	147
<i>sumatriptan-naproxen</i>	29	TAGRISO.....	15	TEPEZZA.....	104
<i>sunitinib malate</i>	15	TAKHZYRO.....	106	TEPMETKO.....	16
SUNLENCA.....	147	TALTZ AUTOINJECTOR.....	92	<i>terazosin</i>	79
SUNOSI.....	57	TALTZ SYRINGE.....	92	<i>terbinafine hcl</i>	142
SUPPRELIN LA.....	86	TALVEY.....	15	<i>terbutaline</i>	67
SURE COMFORT ALCOHOL		TALZENNA.....	16	<i>terconazole</i>	115
PREP PADS.....	73	<i>tamoxifen</i>	16	<i>teriflunomide</i>	62
SURE COMFORT INS. SYR.		<i>tamsulosin</i>	79	<i>teriparatide</i>	56
U-100.....	178	<i>tarina 24 fe</i>	130	TERUMO INSULIN	
SURE COMFORT INSULIN		<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	130	SYRINGE.....	181
SYRINGE.....	178, 179	<i>taron-c dha</i>	203	<i>testosterone</i>	81
SURE COMFORT PEN		<i>taron-prex prenatal-dha</i>	203	<i>testosterone cypionate</i>	81
NEEDLE.....	178, 179	TASCENSO ODT.....	62	<i>testosterone enanthate</i>	81
SURE COMFORT SAFETY		TASIGNA.....	16	TETANUS,DIPHThERIA	
PEN NEEDLE.....	178	<i>tasimelteon</i>	57	TOX PED(PF).....	97
SURE-FINE PEN NEEDLES..	179	TAVALISSE.....	194	<i>tetrabenazine</i>	62
SURE-JECT INSULIN		<i>tazarotene</i>	75	<i>tetracycline</i>	123
SYRINGE.....	179	TAZORAC.....	75	TEVIMBRA.....	16
SURE-PREP ALCOHOL PREP		<i>taztia xt</i>	45	THALOMID.....	106
PADS.....	73	TAZVERIK.....	16	<i>theophylline</i>	67
SUTAB.....	79	TDVAX.....	97	THINPRO INSULIN	
<i>syeda</i>	130	TECENTRIQ.....	16	SYRINGE.....	181
SYMDEKO.....	64	TECENTRIQ HYBREZA.....	16	<i>thioridazine</i>	39
SYMJEPI.....	47	TECHLITE INSULIN		<i>thiothixene</i>	39
SYMLINPEN 120.....	25	SYRINGE.....	180	<i>tiadylt er</i>	45
SYMLINPEN 60.....	25	TECHLITE INSULN		<i>tiagabine</i>	136
SYMPAZAN.....	135, 136	SYR(HALF UNIT).....	179, 180	TIBSOVO.....	16
SYMTUZA.....	147			TICE BCG.....	16

TICOVAC.....	97	TRELEGY ELLIPTA.....	68	TRUE COMFORT ALCOHOL	
<i>tigecycline</i>	123	TRELSTAR.....	17	PADS.....	73
<i>timolol maleate</i>	45, 99	TREMFYA.....	92, 93	TRUE COMFORT INSULIN	
<i>tinidazole</i>	32	TREMFYA PEN.....	93	SYRINGE.....	182
<i>tiopronin</i>	79	<i>treprostinil sodium</i>	107	TRUE COMFORT PEN	
TIVDAK.....	16	<i>tretinoin</i>	75	NEEDLE.....	182, 183
TIVICAY.....	147, 148	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	17	TRUE COMFORT PRO	
TIVICAY PD.....	148	<i>triamcinolone acetonide</i>	68, 71, 84	ALCOHOL PADS.....	73
<i>tizanidine</i>	201	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	52	TRUE COMFORT PRO INS	
TOBI PODHALER.....	115	<i>triazolam</i>	22	SYRINGE.....	182, 183
<i>tobramycin</i>	101, 116	<i>tridacaine ii</i>	114	TRUE COMFORT SAFE	
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	115	<i>trientine</i>	115	INSULIN SYRG.....	182, 183
<i>tobramycin sulfate</i>	116	<i>tri-estarylla</i>	130	TRUE COMFORT SAFETY	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	101	<i>trifluoperazine</i>	39	PEN NEEDLE.....	182
<i>tolmetin</i>	110	<i>trifluridine</i>	101	TRUEPLUS INSULIN.....	183, 184
<i>tolterodine</i>	80	<i>trihexyphenidyl</i>	34	TRUEPLUS PEN NEEDLE.....	183
TOPCARE CLICKFINE.....	181	TRIJARDY XR.....	25	TRULICITY.....	25
TOPCARE ULTRA		TRIKAFTA.....	64	TRUMENBA.....	97
COMFORT.....	182	<i>tri-legest fe</i>	130	TRUQAP.....	17
<i>topiramate</i>	136	<i>tri-lynyah</i>	130	TRUXIMA.....	17
<i>toposar</i>	16	<i>tri-lo-estarylla</i>	130	TUKYSA.....	17
<i>toremifene</i>	16	<i>tri-lo-marzia</i>	130	<i>tulana</i>	131
<i>torpenz</i>	16	<i>tri-lo-mili</i>	130	TURALIO.....	17
<i>torse mide</i>	52	<i>tri-lo-sprintec</i>	130	<i>turqoz (28)</i>	131
TOTECT.....	106	<i>trimethoprim</i>	117	TWINRIX (PF).....	97
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-mili</i>	130	<i>tyblume</i>	131
SOLOSTAR.....	27	<i>trimipramine</i>	139	TYBOST.....	106
TOUJEO SOLOSTAR U-300		TRINTELLIX.....	139	TYMLOS.....	56
INSULIN.....	27	<i>tri-nymyo</i>	131	TYPHIM VI.....	97
TRACLEER.....	107	TRIPTODUR.....	86	TYSABRI.....	93
TRADJENTA.....	25	<i>tri-sprintec (28)</i>	131	TYVASO.....	107
<i>tramadol</i>	113	TRIUMEQ.....	148	UBRELVY.....	30
<i>tramadol-acetaminophen</i>	113	TRIUMEQ PD.....	148	UDENYCA.....	198
<i>trandolapril</i>	53	<i>triveen-duo dha</i>	203	UDENYCA AUTOINJECTOR	198
<i>trandolapril-verapamil</i>	53	<i>trivora (28)</i>	131	UDENYCA ONBODY.....	198
<i>tranexamic acid</i>	194	<i>tri-vylibra</i>	131	ULTICARE.....	184, 185
<i>tranylcypromine</i>	139	<i>tri-vylibra lo</i>	131	ULTICARE INSULIN	
TRAVASOL 10 %.....	41	TRIZIVIR.....	148	SYRINGE.....	184
<i>travoprost</i>	99	TROGARZO.....	148	ULTICARE INSULN	
TRAZIMERA.....	16	TROPHAMINE 10 %.....	42	SYR(HALF UNIT).....	184
<i>trazodone</i>	139	<i>trosipium</i>	80		
TRECATOR.....	144				

ULTICARE PEN NEEDLE 184, 185	UNIFINE SAFECONTROL190	VERIFINE PEN NEEDLE 191
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE185	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 190	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE191
ULTIGUARD SAFEPACK- INSULIN SYR..... 185, 186	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE190	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP 191
ULTIGUARD SAFEPACK- PEN NEEDLE 185, 186	UPTRAVI..... 107, 108	VERQUVO47
ULTILET ALCOHOL SWAB... 73	<i>ursodiol</i>78	VERSACLOZ40
ULTILET INSULIN SYRINGE 168, 186	UZEDY39, 40	VERSALON 191
ULTILET PEN NEEDLE186	<i>valacyclovir</i> 150	VERZENIO 17
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....166, 178	VALCHLOR..... 73	<i>vestura (28)</i>131
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE. 161, 166, 167, 186, 187	<i>valganciclovir</i> 150	V-GO 20 191
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT).....187	<i>valproate sodium</i> 136	V-GO 30 191
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE187	<i>valproic acid</i> 136	V-GO 40 191
ULTRA FLO PEN NEEDLE... 187	<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .. 136	<i>vienna</i>131
ULTRA THIN PEN NEEDLE. 187	<i>valsartan</i> 48	<i>vigabatrin</i> 136
ULTRACARE INSULIN SYRINGE187, 188	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ... 48	<i>vigadrone</i> 136
ULTRACARE PEN NEEDLE. 188	VALTOCO 136	<i>vigpoder</i> 136
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR..... 188, 189	<i>vancomycin</i> 117	<i>vilazodone</i> 140
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 189	VANFLYTA17	VIMIZIM.....200
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 189	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE190	<i>vinblastine</i>17
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE188	VANISHPOINT SYRINGE 190	<i>vincasar pfs</i>17
UNIFINE PEN NEEDLE 189	VAQTA (PF)..... 97, 98	<i>vincristine</i> 17
UNIFINE PENTIPS 174, 189	<i>varenicline</i> 21	<i>vinorelbine</i> 18
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW189	VARIVAX (PF).....98	<i>violele (28)</i> 131
UNIFINE PENTIPS PLUS 189, 190	VASCEPA..... 51	VIRACEPT148
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW189	VAXCHORA VACCINE98	VIREAD..... 148
UNIFINE PROTECT 190	VEGZELMA 17	<i>virt-c dha</i>203
	VEKLURY 150	<i>virt-nate dha</i> 203
	VELCADE17	<i>virt-pn dha</i> 203
	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ...131	<i>virt-pn plus</i>203
	VELPHORO 78	VISTOGARD 106
	VELTASSA78	<i>vitafol gummies</i>203
	VEMLIDY148	<i>vitafol nano</i>203
	VENCLEXTA 17	<i>vitafol-ob+dha</i>203
	VENCLEXTA STARTING PACK 17	VITRAKVI 18
	<i>venlafaxine</i>140	VIZIMPRO 18
	<i>venlafaxine besylate</i>139	VOCABRIA 148
	<i>verapamil</i>45, 46	<i>volnea (28)</i>131
	VERIFINE INSULIN SYRINGE 190, 191	VONJO 18
		VORANIGO 18
		<i>voriconazole</i>142
		VOSEVI149

VOWST.....	106	XULTOPHY 100/3.6.....	27	ZYDELIG.....	19
<i>vp-ch-pnv</i>	203	XYOSTED.....	81	ZYKADIA.....	19
<i>vp-pnv-dha</i>	203	<i>yargesa</i>	200	ZYLET.....	101
VPRIV.....	200	YERVOY.....	19	ZYMFENTRA.....	106
VRAYLAR.....	40	YF-VAX (PF).....	98	ZYNLONTA.....	19
VUMERITY.....	62	YONSA.....	19	ZYNYZ.....	19
VYALEV.....	34	<i>yuvaferm</i>	82	ZYPREXA RELPREVV.....	40
<i>vyfemla (28)</i>	131	<i>zafemy</i>	131		
<i>vylibra</i>	131	<i>zafirlukast</i>	66		
VYLOY.....	18	<i>zaleplon</i>	57		
VYZULTA.....	99	<i>zarah</i>	131		
<i>warfarin</i>	195	ZARXIO.....	198		
WEBCOL.....	73	<i>zatean-pn dha</i>	203		
WELIREG.....	18	<i>zatean-pn plus</i>	203		
<i>wera (28)</i>	131	<i>zebutal</i>	113		
WINREVAIR.....	64	ZEGALOGUE			
<i>wixela inhub</i>	66	AUTOINJECTOR.....	106		
XADAGO.....	34	ZEGALOGUE SYRINGE.....	106		
XALKORI.....	18	ZEJULA.....	19		
XARELTO.....	196	ZELBORAF.....	19		
XARELTO DVT-PE TREAT		<i>zenatane</i>	73		
30D START.....	195	ZENPEP.....	200		
XATMEP.....	18	<i>zidovudine</i>	148		
XCOPRI.....	136	ZIEXTENZO.....	198		
XCOPRI MAINTENANCE		<i>zingiber</i>	203		
PACK.....	136	<i>ziprasidone hcl</i>	40		
XCOPRI TITRATION PACK..	137	<i>ziprasidone mesylate</i>	40		
XELJANZ.....	93	ZIRABEV.....	19		
XELJANZ XR.....	93	ZIRGAN.....	101		
XERMELO.....	78	ZOLADEX.....	19		
XGEVA.....	56	<i>zoledronic acid</i>	56		
XHANCE.....	103	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> ..	56		
XIFAXAN.....	117	ZOLINZA.....	19		
XIGDUO XR.....	25	<i>zolmitriptan</i>	30		
XIIDRA.....	103	<i>zolpidem</i>	57		
XOFLUZA.....	149, 150	ZONISADE.....	137		
XOLAIR.....	64	<i>zonisamide</i>	137		
XOSPATA.....	18	<i>zovia 1-35 (28)</i>	131		
XPOVIO.....	18, 19	ZTALMY.....	137		
XTAMPZA ER.....	113	ZTLIDO.....	114		
XTANDI.....	19	<i>zumandimine (28)</i>	132		
<i>xulane</i>	131	ZURZUVAE.....	140		



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

P.O. Box 14050, Scottsdale, AZ 85267



www.goldkidney.com

Este formulario fue actualizado el 19 de noviembre 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.