



**GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

# Gold Kidney Health Plan

# **Formulario de 2026**

## Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de medicamentos”

### **LEA LO SIGUIENTE:**

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

ID del formulario: 26346

Y0171\_Formulary\_1T\_8\_0925\_C

Este formulario fue actualizado el 07/01/2026. 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 (excepto festivos), 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 (excepto festivos), o visite [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

**H1526-004 Gold Kidney of Florida Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)**

**H4869-014 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)**

Última actualización: 07/01/2026

**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 medicamentos (Formulario) de nuestro plan, que está vigente a partir del 07/01/2026. Para obtener una lista de medicamentos (Formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (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 2026 y periódicamente durante el año.

## ¿Qué es el Formulario de Gold Kidney Health Plan?

En este documento, los términos Lista de medicamentos y Formulario significan lo mismo. 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 surta 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.

## ¿El Formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurre el 1 de enero, pero Gold Kidney Health Plan podríamos/podría agregar o quitar medicamentos del Formulario durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios. Las actualizaciones del Formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web: [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

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

- **Sustitución inmediata de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestro Formulario si lo reemplazamos con una cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá con las mismas restricciones o menos. Cuando

agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro Formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestro Formulario, pero inmediatamente moverlo a un agregar nuevas restricciones. Podemos realizar estos cambios inmediatos solo si estamos sumando una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en el Formulario (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una receta nueva). Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, quizás no le informemos con anticipación que realizaremos un cambio inmediato, 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 para usted el medicamento que se cambiará. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Gold Kidney Health Plan?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la sección a continuación titulada “¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si un fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que se debe retirar por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro Formulario y, luego, notificarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al añadir un equivalente genérico, o eliminar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podemos realizar cambios basándonos en nuevas guías clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados con al menos 30 días de antelación a la fecha en que el cambio entre en vigor. Alternativamente, cuando un miembro solicite una nueva receta del medicamento, podrá recibir un suministro para 30 días y la notificación del cambio.
- Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción para usted y continuemos la cobertura del medicamento que ha estado tomando. 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 2026 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2026, 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 el Formulario del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos. El Formulario adjunto entra en vigencia el 07/01/2026. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Gold Kidney Health Plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la contratapa. Si se realizan cambios no relacionados con el mantenimiento en el formulario de medicamentos durante el año del plan, los cambios en el formulario de medicamentos de Gold Kidney Health Plan se publicarán en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del formulario:

### **Afección médica**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 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.

### **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 (Food and

Drug Administration, FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y, suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de obtener una receta nueva, según las leyes estatales.

## ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el Formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden reemplazar al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a medicamentos de marca.

- Para consultar los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La ‘Lista de medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- Autorización previa: Gold Kidney Health Plan exige que usted o la persona autorizada a dar recetas obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Gold Kidney Health Plan antes de surtir sus medicamentos con receta. Si no consigue la 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 Gold Kidney Health Plan cubrirá. Por ejemplo, Gold Kidney Health Plan proporciona 30 por receta para tabletas Farxiga 10mg. 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 afección. 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, entonces 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 que explican nuestras restricciones de autorización previa y de terapia escalonada. 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 podrían 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, muéstrasela 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 solicitar 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 no apliquemos una restricción de cobertura, incluidos la autorización previa, el tratamiento escalonado o el límite de cantidad de 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 solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo, o la aplicación de la restricción no fueran tan efectivos para usted o pudieran causarle efectos adversos.

Usted o la persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros para solicitar una excepción al Formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicite una excepción, la persona autorizada a dar recetas necesitará explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.** 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 pedir una decisión acelerada (rápida) si usted considera, y nosotros estamos de acuerdo, que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si aceptamos, o si la persona autorizada a dar recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle nuestra decisión, a más tardar, en un período de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas.

## ¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el Formulario o si tiene una restricción?

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 que está en nuestro Formulario, pero que tiene una restricción de cobertura, como la autorización previa. Debe hablar con la persona autorizada a dar recetas para solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan 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 están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después del primer suministro 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 cuyo nivel de atención cambia, proporcionamos un suministro de emergencia para 30 días de la siguiente manera:

- Los miembros actuales que necesiten un suministro de emergencia único o a quienes se les recete un medicamento no incluido en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención pueden ser incluidos en un programa de transición mediante un código de aclaración enviado por la farmacia. Gold Kidney Health Plan ha autorizado a su administrador de beneficios farmacéuticos 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 el ingreso o reingreso de un miembro a un centro de atención a largo plazo (long-term care facility, LTC), nuestro sistema de reclamos reconocerá que el miembro actual es elegible para recibir suministros de transición y aplicará la aprobación en el punto 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>.

# Formulario de Gold Kidney Health Plan

El formulario que comienza en la página siguiente proporciona información sobre 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 Medicamentos

SIMBOLO	TERMINOLOGÍA	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B de Medicare versus Parte D de Medicare	Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare.
EX	Medicamento excluido	Este medicamento recetado normalmente no está cubierto por un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales del medicamento (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar este medicamento.
LA	Acceso Limitado	Esta receta puede estar disponible sólo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1 (844) 294-6535 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo (excepto feriados) y los 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (excepto feriados), o visite <a href="http://goldkidney.com">goldkidney.com</a> .
NDS	Suministro de Días no Extendidos	Este medicamento sólo 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 nuevo comienzo	Si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico deben obtener 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 cantidad de prescripción.
ST	Terapia escalonada	La cobertura de esta receta se proporciona cuando se han probado otras terapias con medicamentos preferidos o de primera línea.

## 2026 Abreviaturas de formas farmacéuticas

<b>Forma de Dosificación Abreviada</b>	<b>Definición</b>	<b>Forma de Dosificación Abreviada</b>	<b>Definición</b>
8 hr	8 hora	HFA	hidrofluoroalcano
12 hr or 12hr	12 hora	hi	alto
24 hr or 24hr	24 hora	IR	liberación inmediata
72 hr	72 hora	liqd	líquido
act	activado	loz	lozenge
aero	aerosol	lo	low
admin	administración	lozeng	gragea
ampul	ampolla	mini lozenge	miniatura gragea
app	utensilio para aplicar	misc	misceláneos
appl	utensilio para aplicar	MP	Bomba dosificada
auto	automático	muco	mucoso
cap	cápsula	pak	paquete
chew	masticable	Pack	paquete
CT	cantidad	PCA	administración controlada por el paciente
comb	combinación	pell	bolita
del	demorado	pk	paquete
delayed	demorado	Powdr	polvo
disinteg	desintegrándose	pt	paciente
disintegrat	desintegrándose	recon	reconstituido
dose	dosificación	rel	liberar
DR	lanzamiento retrasado	releas	liberar
EC	recubrimiento entérico	soln	solución
emolnt	emolliente	sprinkl	espolvorear
ENFit	conector de alimentación enteral	susp	suspensión
er	liberación extendida	suspen	suspensión
ER	liberación extendida	syring	syringa
ext	extendido	tab	tableta
extnd	extendido	TD	transdérmico
extend	extendido	var	variable
gast	gástrico	w/	con

## Su Costo Compartido de Medicamentos

H1526-004 Gold Kidney of Florida Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)

H4869-014 Gold Kidney of Arizona Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP)

### Cobertura inicial

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D; pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Deducible	Tipo de Farmacia/Días de Suministro	Nivel único
\$615*	Suministro minorista estándar para 30 días	25% coseguro
	Cuidados a largo plazo Suministro de 31 días	25% coseguro
	Suministro de 30 días fuera de la red	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o \$35 de copago
\$615*	Suministro minorista de 100 días	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o \$105 de copago
\$615*	Pedido por correo de suministro de 100 días	25% coseguro
	Insulinas	lo que sea menor entre 25% de coseguro o \$105 de copago

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

### Etapa de cobertura catastrófica

Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D.

# Notice of Availability

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-294-6535 (TTY: 711) or speak to your provider.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-294-6535 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Navajo:** SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jik'eh ná hóló. Bee ahíł hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'į'ígíí éí t'áá jik'eh hóló. Kohjį' 1-844-294-6535 (TTY: 711) hodíłnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.

**Haitian:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-844-294-6535 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-294-6535 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-294-6535 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

**Simplified Chinese:** 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-294-6535（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-294-6535 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-294-6535 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**Arabic:** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-294-6535 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-294-6535 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-294-6535 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-294-6535 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Italian:** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-844-294-6535 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-844-295-6535 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-294-6535(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Tabla de Contenido

<b>Agentes Anti Cáncer</b> .....	3
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b> .....	22
<b>Agentes Antiansiedad</b> .....	23
<b>Agentes Antidemencia</b> .....	25
<b>Agentes Antidiabetico</b> .....	25
<b>Agentes Antigota</b> .....	31
<b>Agentes Antimigraña</b> .....	31
<b>Agentes Antinausea</b> .....	32
<b>Agentes Antiparasitarios</b> .....	34
<b>Agentes Antiparkinson</b> .....	35
<b>Agentes Antipsicóticos</b> .....	36
<b>Agentes Calóricos</b> .....	43
<b>Agentes Cardiovasculares</b> .....	45
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b> .....	56
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b> .....	57
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b> .....	58
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b> .....	59
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b> .....	64
<b>Agentes Dentales Y Orales</b> .....	69
<b>Agentes Dermatológicos</b> .....	69
<b>Agentes Gastrointestinales</b> .....	74
<b>Agentes Genitourinarios</b> .....	78
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b> .....	79
<b>Agentes Inmunológicos</b> .....	85
<b>Agentes Oftálmicos</b> .....	98
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b> .....	99
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b> .....	104

<b>Agentes Vasodilatadores .....</b>	<b>106</b>
<b>Analgésicos.....</b>	<b>107</b>
<b>Anestésicos .....</b>	<b>111</b>
<b>Antagonistas De Metales Pesados.....</b>	<b>112</b>
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa).....</b>	<b>112</b>
<b>Antibacterianos .....</b>	<b>113</b>
<b>Anticonceptivos .....</b>	<b>121</b>
<b>Anticonvulsivos .....</b>	<b>130</b>
<b>Antidepresivos.....</b>	<b>136</b>
<b>Antifúngicos.....</b>	<b>139</b>
<b>Antihistamínicos.....</b>	<b>142</b>
<b>Antimicobacteriales .....</b>	<b>142</b>
<b>Antivirales (Sitémico) .....</b>	<b>143</b>
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros .....</b>	<b>149</b>
<b>Dispositivos .....</b>	<b>150</b>
<b>Preparaciones De Reemplazo.....</b>	<b>195</b>
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen .....</b>	<b>197</b>
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima .....</b>	<b>200</b>
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos.....</b>	<b>201</b>
<b>Vitaminas Y Minerales .....</b>	<b>202</b>

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<b>Agentes Anti Cáncer</b>		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i> (Abirtega)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i> (Zytiga)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone, submicronized oral tablet 125 mg</i> (Yonsa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i> (abiraterone)	1	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i> (fluorouracil)	1	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i> (Arimidex)	1	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
AVMAPKI ORAL CAPSULE 0.8 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
AVMAPKI-FAKZYNJA ORAL COMBO PACK 0.8-200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (66 per 28 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG	1	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i> (Vidaza)	1	NM; NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i> (Treanda)	1	PA NSO; NM; NDS
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (Bendeka)	1	PA NSO; NM; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	1	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	1	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	1	PA NSO; NM; NDS
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAMCEVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 42 MG	1	PA NSO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 (Kyxata) mg/ml</i>	1	
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cyclophosphamide intravenous solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i> (Frindovyx)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	1	PA NSO; NM; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; LA; NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i> (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i> (Sprycel)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i>	1	NM; NDS
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	1	PA BvD; NM; NDS
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NM; NDS
EMRELIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 (flutamide) MG	1	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>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 5 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 7.5 mg</i> (Torpenz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
FAKZYNJA ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	1	PA BvD; NM; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	1	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	1	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	1	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i> (Avegmsi)	1	PA BvD
<i>gemcitabine intravenous solution 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	PA BvD
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (280 per 28 days)
INLEXZO INTRAVESICAL IMPLANT 225 MG	1	PA BvD; NM; NDS
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	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)	1	
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	1	
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAKAFI XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	1	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	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	1	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	1	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (63 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
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE, SPRINKLE 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (390 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO; NM; NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	1	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)	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	NM; NDS
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i> (Lutrate Depot (3 month))	1	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	PA NSO
<i>lomustine oral capsule 10 mg</i> (Gleostine)	1	
<i>lomustine oral capsule 100 mg, 40 mg</i> (Gleostine)	1	NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
LUNSUMIO VELO SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/ML, 5 MG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month))	1	PA NSO
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (15 per 8 days)
LYNOZYFIC INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (40 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	1	NM; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i> (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i> (Tasigna)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	1	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (96 per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	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	1	PA NSO; NM; NDS
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>pazopanib oral tablet 400 mg</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	NM; NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Pomalyst)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG (pomalidomide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RYBREVANT FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 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
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	1	PA NSO; NM; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	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)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	NM; NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML	1	PA NSO; NM; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NM; NDS
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NM; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine)	1	PA BvD
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	1	PA BvD
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	1	PA NSO; NM; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	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), 80 MG/WEEK (80 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG (abiraterone, submicronized)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	1	
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	1	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	1	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	1	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 2 mg</i> (Xanax XR)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>temazepam oral capsule 7.5 mg</i> (Restoril)	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	1	
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg</i> (Namenda XR)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine-donepezil oral capsule, sprinkle, er 24hr 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i> (Namzaric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	1	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 7-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Farxiga)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-1,000 mg, 5-500 mg</i> (Xigduo XR)	1	
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG (sitagliptin phosphometformin)	1	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (sitagliptin phosphate)	1	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG (linagliptin-metformin)	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	1	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg, 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	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	1	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	1	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG (linagliptin)	1	QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	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	1	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	1	PA; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - (dapagliflozin- ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG metformin)	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - (dapagliflozin- ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG metformin)	1	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (1.6 ML)	1	max \$35 copay per month supply
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	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)	1	max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70- <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> 30FlexPen U-100) (70-30)	1	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
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insulin)	1 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)	1 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)	1 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)	1 max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Semglee(insulin glarg-yfgn)Pen)	1 max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin glargine-yfgn subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Semglee(insulin glargine-yfgn))	1 max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin lispro subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Admelog U-100 Insulin lispro)	1 max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine)	1 max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine)	1 max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)		1 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)		1 max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		1 max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		1 max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 (insulin asp prt-insulin INSULN SUBCUTANEOUS aspart) SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN (insulin asp prt-insulin U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN aspart) PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 (insulin aspart u-100) INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN (insulin aspart u-100) ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	1	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR (insulin glargine u-300 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN conc) 300 UNIT/ML (3 ML)	1	max \$35 copay per month supply; QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 (insulin glargine u-300 INSULIN SUBCUTANEOUS conc) INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	1	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)	1	max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	1	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	1	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	1	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	1	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	1	ST; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (5 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethegan)	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i> (promethazine)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) 3 day 1 mg over 3 days	1	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	1	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	1	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	1	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	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>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<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>	1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	1	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	1	PA; NM; NDS; QL (300 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	1	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	1	ST; QL (30 per 30 days)
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	1	PA; NM; NDS; QL (600 per 30 days)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG, 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	1	ST
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	1	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	1	
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (560 per 28 days)
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	1	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 14 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution</i> 25 <i>mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate</i> 100 <i>mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet</i> 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>clozapine oral tablet</i> 100 mg, 200 (Clozaril) <i>mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 100 mg, 12.5 mg, 25 mg	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 150 mg	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i> 200 mg	1	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100- 20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	1	ST; NM; NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	1	NM; NDS; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	NM; NDS; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2)	1	ST
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLETS,DOSE PACK 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 21 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; NDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, (Latuda) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>olanzapine intramuscular recon soln</i> (Zyprexa) 10 mg	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg,</i> (Zyprexa) <i>2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating</i> (Zyprexa Zydis) <i>10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	ST; NM; NDS
<i>paliperidone oral tablet extended</i> <i>release 24hr 1.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> (Invega) <i>release 24hr 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> (Invega) <i>release 24hr 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2</i> <i>mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial inner</i> <i>10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200</i> (Seroquel) <i>mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended</i> (Seroquel XR) <i>release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300</i> <i>mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Risperdal Consta) <i>intramuscular suspension, extended</i> <i>rel recon 12.5 mg/2 ml</i>	1	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> (Rykindo) <i>intramuscular suspension, extended</i> <i>rel recon 25 mg/2 ml</i>	1	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
<i>risperidone microspheres</i> (Rykindo) <i>intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i>	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	1	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	NM; NDS; QL (0.7 per 56 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 50 MG/0.14 ML	1	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	1	
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	1	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	1	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i> (Northera)	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Pacerone)	1	
<i>amiodarone oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	1	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	
JAVADIN ORAL SOLUTION 0.02 MG/ML (20 MCG/ML)	1	PA; QL (3600 per 30 days)
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol aforal tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i>	1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 180 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem LA)	1	
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Matzim LA)	1	
<i>dilt-xr oral capsule, ext. rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
ATTRUBY ORAL TABLET 356 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	1	QL (600 per 30 days)
DAWNZERA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; QL (0.8 per 28 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Lanoxin)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	1	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	1	PA; NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg</i>	1	
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	1	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLET 15-16 MG, 6-6 MG	1	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan oral tablet 75 mg</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid 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)	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i> (Entresto)	1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>telmisartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	1	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiaiid 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)	1	
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	1	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg</i> (Procardia XL)	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	1	
<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)	1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	1	
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	1	
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	1	ST
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i>	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	1	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	1	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG (tolvaptan (polycys kidney dis))	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	1	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis) 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)</i> (Jynarque)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	1	
<b>Inhibidores De Enzima</b>		
<b>Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	1	ST; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>epplerenone oral tablet 25 mg</i> (Inspra)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>eplerenone oral tablet 50 mg</i>	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (CaroSpir)	1	ST; QL (600 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	1	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	1	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	1	NM; NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	1	
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	1	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	1	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	1	ST; NM; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 500 mg</i> (Pentasa)	1	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	1	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	1	
<i>mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml</i> (Rowasa)	1	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	1	
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	1	

### **Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica**

### **Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica**

<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	1	QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	1	
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
OSENVELT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
STOBOCLO SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	1	QL (1 per 180 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (560mcg/2.24ml)</i> (Bonsity)	1	PA; NM; NDS; QL (2.24 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (1.56 per 30 days)
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg</i> (Silenor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (HetlioZ)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central</b>		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (210 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 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)	1	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>cladribine(multiple sclerosis) oral tablet 10 mg</i> (Mavenclad (10 tablet pack))	1	PA; NM; NDS
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	1	
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg, 15 mg</i> (Dexedrine Spansule)	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i> (Zenzedi)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> (Adderall) oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 120 mg (Tecfidera)	1	PA; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	1	PA
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 240 mg (Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Glatopa)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i> glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	1	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)	1	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)-80 MG (21)	1	PA; NM; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i> lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG (cladribine(multiple sclerosis))	1	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	1	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	1	PA; NM; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	1	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)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 20 mg</i> (Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	1	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>	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 72 mg</i> (Relexxii)	1	QL (30 per 30 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i> (Xenazine)	1	PA; QL (112 per 28 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i> (Xenazine)	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	1	NM; NDS; QL (560 per 28 days)
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
JASCAYD ORAL TABLET 18 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>nintedanib oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Ofev)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+-)/20 ML	1	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	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)	1	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)	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2)	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 21 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NM; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	1	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA (fluticasone furoate) INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
<i>breyina inhalation hfa aerosol inhaler</i> (budesonide-formoterol) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i>	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Breyna) <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	1	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	1	QL (12 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	1	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)	1	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinicos</b>		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i> (Singulair)	1	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i> (Singulair)	1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Accolate)	1	
<b>Broncodilatadores</b>		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	1	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i> (Ventolin HFA)	1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	PA BvD
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION (umeclidinium-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION (ipratropium bromide)	1	QL (25.8 per 28 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation hfa aerosol inhaler 17 mcg/actuation</i> (Atrovent HFA)	1	QL (25.8 per 28 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	1	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule, w/inhalation device 18 mcg</i> (Spiriva with HandiHaler)	1	QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Periogard)	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental gel 1.1 %</i> (DentaGel)	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	1	
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical foam 0.12 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical foam 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Tovet Emollient)	1	
<i>desonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>desonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.05 %, 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical gel 0.05 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>desoximetasone topical ointment 0.05 %</i> (Topicort) <i>%, 0.25 %</i>	1	
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 <i>%</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar) <i>%</i>	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E) <i>0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i>	1	QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	1	ST; NM; NDS; QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	1	NM; NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NM; NDS; QL (60 per 28 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	1	
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
REGNANEX TOPICAL GEL 0.01 %	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	PA NSO; NM; NDS
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Clindacin)	1	QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i>	1	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	1	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	1	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	1	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i>	1	QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	1	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	1	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	1	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	1	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	1	
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram</i> (Zegerid OTC)	1	ST; NM; NDS
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1.1 mg-gram</i>	1	ST
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg</i> (Protonix)	1	
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	1	
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	1	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	1	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	1	
<i>glycerol phenylbutyrate oral liquid 1.1 gram/ml</i> (Ravicti)	1	PA; NM; NDS
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	1	
IQIRVO ORAL TABLET 80 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>kionex oral suspension 15 gram/60 ml</i> (sodium polystyrene sulfonate)	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	1	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	1	QL (30 per 30 days)
LIVDELZI ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	1	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lubiprostone oral capsule 8 mcg</i> (Amitiza)	1	QL (120 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	1	QL (30 per 30 days)
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	1	PA; NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder 15 gram</i>	1	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral suspension 15 gram/60 ml</i> (Kionex)	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	1	NM; NDS
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	1	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<i>lanthanum oral tablet, chewable 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Fosrenol)	1	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<b>Laxantes</b>		
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram</i> (peg-electrolyte soln)	1	
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (GaviLyte-G)	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i> (GaviLyte-N)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	1	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	1	
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	1	NM; NDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	1	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	1	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	1	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	1	
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	1	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liomny oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (liothyronine)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Liomny)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	1	PA; NM; NDS
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram)</i>	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (50 mg/5 gram)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>abigale lo oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>abigale oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>conjugated estrogens oral tablet 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg</i> (Premarin)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dotti transdermal patch semiweekly</i> (estradiol) 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	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>estradiol transdermal patch</i> (Dotti) <i>semiweekly</i> 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	1	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i> (Climara) 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	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i> (Delestrogen) 10 mg/ml, 20 mg/ml	1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i> 40 mg/ml	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral</i> (Abigale Lo) <i>tablet 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral</i> (Abigale) <i>tablet 1-0.5 mg</i>	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	1	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg,</i> (norethindrone ac-eth <i>1-5 mg-mcg</i> estradiol)	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly</i> 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	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral</i> (Fyavolv) <i>tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	1	
<b>Pituitario</b>		
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 UNIT/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EGRIFTA WR SUBCUTANEOUS KIT 11.6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	1	PA; NM; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>	1	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	1	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 40 mg/0.4 ml</i> (Yuflyma(CF) Autoinjector)	1	PA; NM; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml</i> (adalimumab-aaty(CF) AI Crohns)	1	PA; NM; NDS
<i>adalimumab-aaty subcutaneous syringe kit 20 mg/0.2 ml, 40 mg/0.4 ml</i> (Yuflyma(CF))	1	PA; NM; NDS
<i>adalimumab-aaty(cf) ai crohns subcutaneous auto-injector, kit 80 mg/0.8 ml</i> (adalimumab-aaty)	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	PA; NM; NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG (tacrolimus)	1	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 5 MG (tacrolimus)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>auranofin oral capsule 3 mg</i> (Ridaura)	1	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NM; NDS
CIMZIA STARTER KIT SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 200 MG/ML, 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i> (Sandimmune)	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Neoral)	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	1	PA BvD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC- (adalimumab-adbm) HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS- (adalimumab-adbm) UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) PEN (adalimumab-adbm) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-adbm) SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.25 mg</i>	1	PA BvD
<i>everolimus (immunosuppressive) oral (Zortress)</i> <i>tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GAMMAGARD LIQUID ERC INJECTION SOLUTION 10 %, 10 % (100ML)	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD; NM; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	1	PA BvD
HADLIMA PUSH TOUCH SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HADLIMA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH (adalimumab-bwwd) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HADLIMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-bwwd) SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	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	1	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 CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	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	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	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	1	PA; NM; NDS; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	1	PA; NM; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	1	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	1	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	1	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	1	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)	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR INITIATION ORAL TABLET AND TABLET ER DOSE PACK 10-20-30-75 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 75 MG	1	PA; NM; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS (tacrolimus) SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	1	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG (auranofin)	1	NM; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM; NDS
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	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
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	1	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	1	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>tacrolimus intravenous solution 5 mg/ml</i> (Prograf)	1	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	1	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 0.5 mg, 1 mg</i> (Astagraf XL)	1	PA BvD
<i>tacrolimus oral capsule, extended release 24hr 5 mg</i> (Astagraf XL)	1	PA BvD; NM; NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
<i>ustekinumab-aauz subcutaneous</i> (Otulfi) <i>syringe 45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml</i>	1	PA
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	1	PA; NM; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	1	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET (tofacitinib) EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG	1	PA; NM; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 22 MG	1	PA; NM; NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	1	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- (adalimumab-aaty) HS SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR (adalimumab-aaty) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS (adalimumab-aaty) SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	1	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	\$0 copay

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD; \$0 copay
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	1	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) INTRAMUSCULAR KIT 0.5 ML	1	\$0 copay
PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10-5 MCG	1	\$0 copay
PENMENVY MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50- 50-50-25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	1	
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RBAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay; QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	(typhoid vi polysacch vaccine)	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	1	\$0 copay

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	1	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	1	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	1	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	1	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML	1	\$0 copay
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops (Alphagan P) 0.1 %, 0.15 %</i>	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye)</i> (Combigan) <i>drops 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>brinzolamide ophthalmic (eye)</i> (Azopt) <i>drops,suspension 1 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> <i>2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye)</i> (Cosopt) <i>drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Xalatan) <i>0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> <i>0.5 %</i>	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) (bimatoprost) DROPS 0.01 %	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50</i> <i>mg</i>	1	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye)</i> <i>drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	1	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	1	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	1	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye)</i> (Zioptan (PF)) <i>dropperette 0.0015 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye)</i> <i>drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel</i> <i>forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	1	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) <i>0.004 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	1	QL (5 per 30 days)

### **Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta**

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	1	
<i>ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	1	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 1	
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 1	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 1	
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	1	
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 1	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	1	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>tobramycin-lotepred ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.5 %</i>	(Zylet) 1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	1	PA; NM; NDS; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i> (Prolensa)	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i> (BromSite)	1	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	1	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	1	
EYSUVIS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetate oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	1	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	1	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	1	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	1	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i> (Bepreve)	1	ST
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ipratropium bromide nasal spray, non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	1	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol 0.6 %</i>	1	QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Advanced Eye Relief (olopatad))	1	
<b>Agentes Terapeuticos</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ANDEMBRY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/1.2 ML	1	PA; NM; NDS
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	1	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	1	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	NM; NDS
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA; NM; NDS
EVRYSDI ORAL TABLET 5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glucagon emergency kit (human) injection recon soln 1 mg</i>	1	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
GVOKE HYOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg,</i> 15 mg, 25 mg, 5 mg	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral</i> (Carnitor) <i>solution 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	1	NM; NDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i> (Rectiv) <i>(w/w)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> (Mestinon) 60 mg/5 ml	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> 30 mg	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) 60 mg	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon Timespan) <i>extended release 180 mg</i>	1	
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML	1	PA; NM; NDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	1	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
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG (macitentan)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	1	PA; NM; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	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)	1	PA; NM; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 106 MCG, 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	1	PA; NM; NDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	1	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i> (Lurbiro)	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	1	
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg, 500 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg</i>	1	
<i>piroxicam oral capsule 20 mg</i> (Feldene)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5 ml cup inner 300 mg-30 mg /12.5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>fioricet oral capsule 50-300-40 mg</i> (butalbital- acetaminophen-caff)	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-300 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	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>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	1	QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i> (MS Contin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral concentrate 20 mg/ml</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	1	QL (240 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	1	QL (180 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (lidocaine)	1	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	1	PA; QL (90 per 30 days)
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	1	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg</i> (Ferriprox)	1	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>	1	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (Vandazole)</i> <i>(37.5mg/5 gram)</i>	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	1	
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>	1	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (235.2 per 28 days)
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NM; NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	1	NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl (Tobi)</i> <i>inhalation solution for nebulization</i> <i>300 mg/5 ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for (Bethkis)</i> <i>nebulization 300 mg/4 ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution</i> <i>10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, (Cleocin HCl)</i> <i>300 mg, 75 mg</i>	1	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln (clindamycin palmitate</i> <i>75 mg/5 ml hcl)</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	1	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	1	NM; NDS
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gram</i>	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	1	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; QL (9 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 10 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefixime oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftaroline fosamil intravenous recon soln 400 mg, 600 mg</i> (Teflaro)	1	NM; NDS
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	1	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	1	
<b>Macrólidos</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>azithromycin intravenous recon soln</i> (Zithromax) 500 mg	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	1	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i> (Dificid)	1	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i>	1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	1	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag suv, p/f, inner</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral (Sulfatrim) suspension 200-40 mg/5 ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i> (Doryx)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxylene NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	1	
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i> (Syeda)	1	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (Valtya)	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i> (EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>gemmily oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Camrese Lo)	1	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i> (Rosyrah)	1	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)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i> (Balcoltra)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i> (Amethyst (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	1	
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>luizza oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>meleya oral tablet 0.35 mg</i> (norethindrone (contraceptive))	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	1	QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Gemmily)	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tilia Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (Tri-Estarylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (Estarylla)	1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1		
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1		
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>orquidea oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1		
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>rosyrah oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG	1		
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>taysofy oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>tri-lynyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i> (norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg-20 mcg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>valtya oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>	1	
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i> (desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	1	
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (norelgestromin-ethin.estradiol)	1	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
<i>brivaracetam intravenous solution 50 mg/5 ml</i> (Briviact)	1	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
<i>brivaracetam oral solution 10 mg/ml</i> (Briviact)	1	QL (600 per 30 days)
<i>brivaracetam oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Briviact)	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML (brivaracetam)	1	NM; NDS; QL (80 per 30 days)
<i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup outer 100 mg/5 ml (5 ml)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	1	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	1	
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,000 MG	1	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 1,500 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
<i>eslicarbazepine oral tablet 200 mg, 400 mg</i> (Aptiom)	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eslicarbazepine oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Aptiom)	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	1	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphephenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	1	
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	1	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg, 500 mg</i> (Spritam)	1	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	1	QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i> (Fycompa)	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 8 mg</i> (Fycompa)	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i> (Fycompa)	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>perampanel oral tablet 4 mg, 6 mg</i> (Fycompa)	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	
<i>phenytek oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (phenytoin sodium extended)	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 750 MG	1	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG (levetiracetam)	1	ST
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	1	PA NSO
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	1	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i> (Eprontia)	1	ST
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	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)	1	NM; NDS; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	1	
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	NM; NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide oral tablet 12.5-5 mg, 25-10 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	1	NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	1	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	1	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	1	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
EXXUA ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 18.2 MG (32 TABS)	1	PA NSO; NM; NDS
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	1	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Prozac)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml (Paxil)</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (Paxil)</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg (Paxil CR)</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg (Nardil)</i>	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml (Zoloft)</i>	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Zoloft)</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 14 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	1	QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	1	
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	1	
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	1	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	1	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	1	
CRESEMBA INTRAVENOUS RECON SOLN 372 MG	1	NM; NDS
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	1	PA; NM; NDS
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	1	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 165 mg, 250 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	1	
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i>	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Ketodan)	1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	1	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nystop)	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i>	1	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i>	1	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	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>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	1	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	1	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i> (Carbzah)	1	
<i>carbzah oral liquid 4 mg/5 ml</i> (carbinoxamine maleate)	1	
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i> (Clemsza)	1	
<i>clemasz oral tablet 2.68 mg</i> (clemastine)	1	
<i>clemsza oral tablet 2.68 mg</i> (clemastine)	1	
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	1	
<b>Antivirales (Sistémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	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	1	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i> (Prezista)	1	
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i> (Prezista)	1	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG (rilpivirine hcl)	1	NM; NDS
EDURANT PED ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2.5 MG	1	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov oral tablet 600-200-300 mg</i>	1	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	1	
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 133-200 mg</i> (Truvada)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-25-300 mg</i> (Complera)	1	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	1	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	1	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM; NDS
IDVYNZO ORAL TABLET 100-0.25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM; NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5 ML (lopinavir-ritonavir)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	1	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	1	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	1	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	1	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	1	NM; NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	1	NM; NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG-MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	1	NM; NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	1	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	1	NM; NDS
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i> (Edurant)	1	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	1	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	NM; NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	1	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK), 300 MG (5-TABLET PACK)	1	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	NM; NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan 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>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	1	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i>	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i>	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	1	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	1	QL (11 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL PELLETS IN PACKET 120 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	PA; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i>	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	1	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	1	NM; NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i>	1	
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		
<b>Cofactores Enzimáticos/Otros</b>		

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	1	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL u-100) SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" (insulin syringe-needle MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X u-100) 5/8"	1	PA; ST
BD LO-DOSE ULTRA-FINE (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G (pen needle, diabetic) 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G (insulin syringe-needle 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
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)	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 4MM 31 GAUGE X 5/32" safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 27G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	1	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 4MM 31 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 (alcohol swabs) PLY,MEDIUM	1	PA; ST
CURITY GAUZE PADS 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	1	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) OUTER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle u-100) 8MM OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 6MM OUTER 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle u-100) 8MM OUTER 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 29G (insulin syringe-needle u-100) 12.7MM OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM OUTER 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM OUTER 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PAD	1	PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML (insulin syringe-needle SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 8MM 1/2 ML 29 X5/16 " u-100)	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 6MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (insulin syr/ndl u100 half mark)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASY TOUCH ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS GAMMA-STERILIZED	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 6MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 6MM 1 ML 30 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
EASY TOUCH AUTORET 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS 1 ML 28G (insulin syringe-needle 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 30G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INS SYR 1 ML 31G (insulin syringe-needle 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML	(insulin syringe needleless)	1
EASYLIFE ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
EASYLIFE INS PEN NDL 33G 8MM 33 GAUGE X 5/16"		1
EASYLIFE INS SYR 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASYLIFE INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASYLIFE SAFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
EASYLIFE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
EXEL U100 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
FT STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	PA; ST
GAUZE PADS 2"X2" STRL 2 X 2 "	(Bordered Gauze)	1	PA; ST
GNP ALCOHOL SWAB STERILE, TWO PLY	(Alcohol Pads)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GNP SIMPLI PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
GNP ULT CMFRT 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 1/2 ML 29 u-100)	1	PA; ST
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16 1/2 ML 30 GAUGE u-100)	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 7/16"	1	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML (insulin syringe-needle SYR 0.3 ML 30 u-100)	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	1	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP (pen needle, diabetic) 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	1	
INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	1	PA; ST
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML (Ultilet Insulin Syringe) 29	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INSULIN 1/2 ML SYRINGE 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Easy Touch Ins Syr (half unit))	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (Advocate Syringes) (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INSULIN SYRING 0.5 ML 27G 1/2" INNER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" (Sure Comfort Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" (Easy Touch Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (BD SafetyGlide Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (BD Eclipse Luer-Lok)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Easy Touch Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 31GX5/16" SHORT NEEDLE, THIN II (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS (Easy Touch Luer Lock Insulin) SYRINGE 1 ML	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE (Ultilet Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (Monoject Syringe)	1	PA; ST
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX1/2" (pen needle, diabetic) 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM (pen needle, diabetic) (RX) 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE	1	PA; ST	
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 1 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X safety) 3/16"	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 (CareFine Pen Needle) GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 (Comfort EZ Pen GAUGE X 5/16" Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 (Advocate Pen Needle) GAUGE X 5/32"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (Comfort EZ Pen Needles)	1	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) (insulin syringes (disposable))	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MONOJECT INSULIN SYR U-100 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLE 31G X 1/4" HRI 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 5MM 31G 31GX5MM,STRL,MINI (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PRO-COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64" (True-Comfort Pro Pen Needle)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	1	PA; ST
RELION PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (1st Tier Unifine Pentips)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELION SYRING 0.3 ML 31GX5/16" INNER 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
RELION SYRING 0.5 ML 31GX5/16" INNER (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	1	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURES SAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SECURES SAFE PEN NEEDLE 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	1	PA; ST
SECURES SAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1 PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	1 PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	1 PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST	
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST	
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8" Syringe)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 1/2 ML 30 X 3/8" u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 30 X 3/8" u-100)	1	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 u-100) ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	1	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	1	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, safety) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100) 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle u-100) 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 4MM 33 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 5MM 33 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G (pen needle, diabetic) 6MM 33 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle u-100) 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	1	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUE-CMFRT PRO PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G (Comfort EZ Insulin 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 u-100) GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 (insulin syringe-needle ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 u-100) ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML u-100) 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	1	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	1	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	1	PA; ST

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

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

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1	PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	PA; ST

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	1	PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	PA; ST
V-GO 20 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	1	QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	1
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	1
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	1
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		1
ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE		1
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION		1
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %		1
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	1

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	1	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	1	
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET FOR SUSPENSION 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4)	1	QL (960 per 30 days)
ELIQUIS SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 0.15 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	1	QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan 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 syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	1	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	1	
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	
<i>rivaroxaban oral suspension for reconstitution 1 mg/ml</i> (Xarelto)	1	QL (600 per 30 days)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i> (Xarelto)	1	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	1	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML (rivaroxaban)	1	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)	1	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)	1	QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)	1	ST; QL (60 per 30 days)
<b>Inhibidores De Agregación De Plaquetas</b>		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	1	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	1	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	1	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i> (Brilinta)	1	
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; NM; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 12.5 mg</i> (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral powder in packet 25 mg</i> (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg</i> (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 25 mg</i> (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine oral tablet 50 mg, 75 mg</i> (Promacta)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	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
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	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	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA; NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	1	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	1	PA; NM; NDS
<i>mighlstat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet, soluble 100 mg</i> (Javygtor)	1	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	1	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	1	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	1	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	1	
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	1	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	1	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	1	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	1	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron- folic acid)	1	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	1	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	1	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	1	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	
<i>preplus oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>virt-c dha oral capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano oral tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha oral capsule 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

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



<i>anastrozole</i> .....	3	<i>atovaquone-proguanil</i> .....	34	BAQSIMI .....	104
ANDEMBRY		<i>atropine</i> .....	103	BCG VACCINE, LIVE (PF)	93
AUTOINJECTOR.....	104	ATROVENT HFA .....	68	BD ALCOHOL SWABS....	153
ANKTIVA .....	3	ATTRUBY .....	48	BD AUTOSHIELD DUO PEN	
ANORO ELLIPTA.....	67	<i>aubra eq</i> .....	121	NEEDLE .....	152
<i>apomorphine</i> .....	35	AUGTYRO .....	3	BD ECLIPSE LUER-LOK	152
<i>apraclonidine</i> .....	103	<i>auranofin</i> .....	85	BD INSULIN SYRINGE ...	152
<i>aprepitant</i> .....	33	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	121	BD INSULIN SYRINGE	
<i>apri</i> .....	121	<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	121	(HALF UNIT) .....	152
APTIVUS .....	143	<i>aurovela 24 fe</i> .....	121	BD INSULIN SYRINGE	
AQINJECT PEN NEEDLE		<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> ....	121	ULTRA-FINE .....	152
.....	151	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	121	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	
<i>aranelle (28)</i> .....	121	AUSTEDO .....	59	.....	152
ARCALYST.....	85	AUSTEDO XR .....	59	BD NANO 2ND GEN PEN	
AREXVY (PF).....	93	AUSTEDO XR TITRATION		NEEDLE .....	152
ARIKAYCE .....	113	KT(WK1-4).....	60	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
<i>aripiprazole</i> .....	37	AUTOSHIELD DUO PEN		SYRINGE .....	152, 153
ARISTADA.....	37	NEEDLE.....	152	BD SAFETYGLIDE	
ARISTADA INITIO .....	37	AUVELITY .....	136	SYRINGE .....	153
<i>armodafinil</i> .....	58	<i>aviane</i> .....	121	BD ULTRA-FINE MICRO	
ARNUIITY ELLIPTA .....	66	AVMAPKI .....	3	PEN NEEDLE .....	153
<i>ascomp with codeine</i> .....	109	AVMAPKI-FAKZYNJA .....	3	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
<i>asenapine maleate</i> .....	38	AVONEX .....	60	NEEDLE .....	153
<i>ashlyna</i> .....	121	AXTLE .....	3	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	198	<i>ayuna</i> .....	122	NEEDLE .....	153
ASSURE ID DUO PRO SFTY		AYVAKIT .....	4	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
PEN NDL .....	151	<i>azacitidine</i> .....	4	NEEDLE .....	153
ASSURE ID DUO-SHIELD		<i>azathioprine</i> .....	86	BD ULTRA-FINE SHORT	
.....	151	<i>azathioprine sodium</i> .....	86	PEN NEEDLE .....	153
ASSURE ID INSULIN		<i>azelastine</i> .....	103	BD VEO INSULIN SYR	
SAFETY .....	151, 152	<i>azithromycin</i> .....	117	(HALF UNIT) .....	153
ASSURE ID PEN NEEDLE		<i>aztreonam</i> .....	115	BD VEO INSULIN SYRINGE	
.....	151	<i>azurette (28)</i> .....	122	UF.....	153
ASSURE ID PRO PEN		<b>B</b>		BELSOMRA.....	58
NEEDLE .....	151	<i>bacitracin</i> .....	100	<i>benazepril</i> .....	54
ASTAGRAF XL.....	85	<i>bacitracin-polymyxin b</i> ....	100	<i>benazepril-</i>	
<i>atazanavir</i> .....	143	<i>baclofen</i> .....	201	<i>hydrochlorothiazide</i> ..	54, 55
<i>atenolol</i> .....	46	<i>bal-care dha</i> .....	202	<i>bendamustine</i> .....	4
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	46	<i>bal-care dha essential</i> .....	202	BENDAMUSTINE .....	4
<i>atomoxetine</i> .....	59	<i>balsalazide</i> .....	56	BENDEKA.....	4
<i>atorvastatin</i> .....	51	BALVERSA.....	4	BENLYSTA.....	86
<i>atovaquone</i> .....	34	<i>balziva (28)</i> .....	122	<i>benztropine</i> .....	35

<i>bepotastine besilate</i> .....	103	<i>bromocriptine</i> .....	35	<i>carbamazepine</i> .....	130, 131
BESREMI .....	86	BRONCHITOL .....	64	<i>carbidopa</i> .....	35
<i>betaine</i> .....	104	BRUKINSA .....	5	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	35
<i>betamethasone dipropionate</i> .....	69, 70	<i>budesonide</i> .....	56, 66	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i> .....	35
<i>betamethasone valerate</i> ....	70	<i>budesonide-formoterol</i> .....	66	<i>carbinoxamine maleate</i> ...	142
<i>betamethasone, augmented</i> .....	70	<i>bumetanide</i> .....	53	<i>carboplatin</i> .....	5
BETASERON .....	60	<i>buprenorphine</i> .....	109	<i>carbzah</i> .....	142
<i>betaxolol</i> .....	46, 98	<i>buprenorphine hcl</i> .....	22	CAREFINE PEN NEEDLE .....	153, 154
<i>bethanechol chloride</i> .....	79	<i>buprenorphine-naloxone</i> ...	23	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	154
<i>bexarotene</i> .....	4	<i>bupropion hcl</i> .....	136	CARETOUCH INSULIN SYRINGE .....	154, 155
BEXSERO .....	93	<i>bupropion hcl (smoking</i> <i>deter)</i> .....	23	CARETOUCH PEN NEEDLE .....	154
<i>bicalutamide</i> .....	4	<i>buseriprone</i> .....	104	<i>carglumic acid</i> .....	76
BICILLIN L-A .....	118	<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i> .....	109	<i>carteolol</i> .....	99
BIKTARVY .....	143	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> .....	109	<i>cartia xt</i> .....	47
<i>bimatoprost</i> .....	98	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> 109		<i>carvedilol</i> .....	46
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	46	<i>butorphanol</i> .....	109	CAYSTON .....	115
<i>bisoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> .....	46	C CABENUVA .....	143	<i>cefaclor</i> .....	115
BIZENGRI .....	4	<i>cabergoline</i> .....	35	<i>cefadroxil</i> .....	115
<i>bleomycin</i> .....	4	CABLIVI .....	197	<i>cefazolin</i> .....	115
<i>blisovi 24 fe</i> .....	122	CABOMETYX .....	5	<i>cefdinir</i> .....	115
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	122	<i>cabotegravir</i> .....	143	<i>cefepime</i> .....	115
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	122	<i>calcipotriene</i> .....	72, 73	<i>cefixime</i> .....	115, 116
BOOSTRIX TDAP .....	93	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	57	<i>cefoxitin</i> .....	116
BORDERED GAUZE .....	153	<i>calcitriol</i> .....	57	<i>cefpodoxime</i> .....	116
<i>bortezomib</i> .....	4	<i>calcium acetate(phosphat</i> <i>bind)</i> .....	78	<i>cefprozil</i> .....	116
BORUZU .....	4	CALQUENCE .....	5	<i>ceftaroline fosamil</i> .....	116
<i>bosentan</i> .....	106	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .	5	<i>ceftazidime</i> .....	116
BOSULIF .....	4, 5	CAMCEVI (6 MONTH) .....	5	<i>ceftriaxone</i> .....	116
BRAFTOVI .....	5	<i>camila</i> .....	122	<i>cefuroxime axetil</i> .....	116
BREO ELLIPTA.....	66	CAMZYOS .....	48	<i>cefuroxime sodium</i> .....	116
<i>breyana</i> .....	66	<i>candesartan</i> .....	49	<i>celecoxib</i> .....	107
BREZTRI AEROSPHERE..	68	<i>candesartan-</i> <i>hydrochlorothiazid</i> .....	49	<i>cephalexin</i> .....	116
<i>briellyn</i> .....	122	CAPLYTA .....	38	CERDELGA .....	200
<i>brimonidine</i> .....	98	CAPRELSA .....	5	<i>cevimeline</i> .....	69
<i>brimonidine-timolol</i> .....	99	<i>captopril</i> .....	55	<i>chateal eq (28)</i> .....	122
<i>brinzolamide</i> .....	99			<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	24
<i>brivaracetam</i> .....	130			<i>chlorhexidine gluconate</i> ....	69
BRIVIACT .....	130				
<i>bromfenac</i> .....	102				

<i>chloroquine phosphate</i> .....	34	CLINIMIX 4.25%/D5W		<i>codeine sulfate</i> .....	109
<i>chlorpromazine</i> .....	38	SULFIT FREE .....	43	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i>	
<i>chlorthalidone</i> .....	53	CLINIMIX 5%-		.....	109
<i>cholestyramine (with sugar)</i>		D20W(SULFITE-FREE) 44		<i>colchicine</i> .....	31
.....	51	CLINIMIX 6%-D5W		<i>colesevelam</i> .....	51, 52
<i>cholestyramine light</i> .....	51	(SULFITE-FREE).....	44	<i>colestipol</i> .....	52
<i>ciclopirox</i> .....	139, 140	CLINIMIX 8%-		<i>colistin (colistimethate na)</i>	114
<i>cilostazol</i> .....	198	D10W(SULFITE-FREE) 44		COMBIVENT RESPIMAT ..	68
CIMDUO.....	143	CLINIMIX 8%-		COMETRIQ.....	5
<i>cimetidine</i> .....	75	D14W(SULFITE-FREE) 44		COMFORT EZ INSULIN	
<i>cimetidine hcl</i> .....	75	CLINIMIX E 2.75%/D5W		SYRINGE ....	155, 156, 157
CIMZIA .....	86	SULF FREE .....	44	COMFORT EZ PEN	
CIMZIA POWDER FOR		CLINIMIX E 4.25%/D10W		NEEDLES.....	155, 156
RECONST .....	86	SUL FREE.....	44	COMFORT EZ PRO	
CIMZIA STARTER KIT .....	86	CLINIMIX E 4.25%/D5W		SAFETY PEN NDL .....	156
<i>cinacalcet</i> .....	57	SULF FREE .....	44	COMFORT TOUCH PEN	
CINRYZE.....	199	CLINIMIX E 5%/D15W		NEEDLE .....	157
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	100, 119	SULFIT FREE .....	44	<i>completenate</i> .....	202
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>		CLINIMIX E 5%/D20W		<i>compro</i> .....	33
.....	119	SULFIT FREE .....	44	<i>conjugated estrogens</i> .....	80
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>		CLINIMIX E 8%-D10W		<i>constulose</i> .....	76
.....	100	SULFITEFREE .....	44	COPIKTRA.....	5
<i>citalopram</i> .....	136	CLINIMIX E 8%-D14W		CORLANOR.....	48
<i>cladribine</i> .....	5	SULFITEFREE .....	44	CORTROPHIN GEL .....	83
<i>cladribine(multiple sclerosis)</i>		<i>clobazam</i> .....	131	COSENTYX .....	86
.....	60	<i>clobetasol</i> .....	70	COSENTYX (2 SYRINGES)	
<i>clarithromycin</i> .....	117	<i>clobetasol-emollient</i> .....	70	.....	86
<i>clemastine</i> .....	142	<i>clomipramine</i> .....	136	COSENTYX PEN (2 PENS)	
<i>clemasz</i> .....	142	<i>clonazepam</i> .....	24	.....	86
<i>clemsza</i> .....	142	<i>clonidine</i> .....	45	COSENTYX UNOREADY	
CLICKFINE PEN NEEDLE		<i>clonidine hcl</i> .....	45, 60	PEN .....	86
.....	155	<i>clopidogrel</i> .....	199	COTELIC .....	5
<i>clindamycin hcl</i> .....	113	<i>clorazepate dipotassium</i> ...	24	CREON .....	200
<i>clindamycin pediatric</i> .....	113	<i>clotrimazole</i> .....	140	CRESEMBA.....	140
<i>clindamycin phosphate</i> .....	73, 112, 114	<i>clotrimazole-betamethasone</i>		<i>cromolyn</i> .....	64, 76, 103
.....		.....	140	<i>cryselle (28)</i> .....	122
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>		<i>clozapine</i> .....	38	CURAD GAUZE PAD .....	157
.....	73	<i>c-nate dha</i> .....	202	CURITY ALCOHOL SWABS	
CLINIMIX 5%/D15W		COARTEM.....	34	.....	157
SULFITE FREE .....	43	COBENFY .....	38	CURITY GAUZE .....	157, 158
CLINIMIX 4.25%/D10W		COBENFY STARTER PACK		<i>cyclobenzaprine</i> .....	201
SULF FREE .....	43	.....	38	<i>cyclophosphamide</i> .....	5, 6

<i>cyclosporine</i> .....	86, 102	<i>deferiprone</i> .....	112	<i>didanosine</i> .....	144
<i>cyclosporine modified</i> .....	86	DELSTRIGO .....	143	DIFICID .....	117
CYLTEZO(CF).....	87	<i>demeclocycline</i> .....	120	<i>diflorasone</i> .....	71
CYLTEZO(CF) PEN .....	87	DENG VAXIA (PF) .....	94	<i>diflunisal</i> .....	107
CYLTEZO(CF) PEN		<i>denta 5000 plus</i> .....	69	<i>difluprednate</i> .....	102
CROHN'S-UC-HS.....	87	<i>dentagel</i> .....	69	<i>digoxin</i> .....	48, 49
CYLTEZO(CF) PEN		DEPO-SUBQ PROVERA	104	<i>dihydroergotamine</i> .....	31
PSORIASIS-UV .....	87	.....	85	DILANTIN.....	131
<i>cyproheptadine</i> .....	142	DERMACEA .....	158	<i>diltiazem hcl</i> .....	47, 48
<i>cyred eq</i> .....	122	DERMACEA NON-WOVEN		<i>dilt-xr</i> .....	48
<b>D</b>		.....	158	<i>dimethyl fumarate</i> .....	61
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 %</i>		<i>dermacinrx lidocan</i> .....	111	DIPENTUM .....	56
<i>sodchl</i> .....	195	DESCOVY .....	143	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	76
<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>		<i>desipramine</i> .....	136, 137	<i>dipyridamole</i> .....	199
<i>chloride</i> .....	195	<i>desmopressin</i> .....	83	<i>disopyramide phosphate</i> ..	45
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>		<i>disulfiram</i> .....	23
.....	195	.....	122	<i>divalproex</i> .....	131
<i>dabigatran etexilate</i> .....	197	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>		<i>dofetilide</i> .....	45
<i>dalfampridine</i> .....	60	.....	122	<i>dolishale</i> .....	122
<i>danazol</i> .....	80	<i>desonide</i> .....	70	<i>donepezil</i> .....	25
<i>dantrolene</i> .....	201, 202	<i>desoximetasone</i> .....	70, 71	DOPTELET (10 TAB PACK)	
DANYELZA .....	6	<i>desvenlafaxine succinate</i>	137	.....	199
DANZITEN .....	6	<i>dexamethasone</i> .....	82	DOPTELET (15 TAB PACK)	
<i>dapagliflozin</i> .....	26	<i>dexamethasone sodium</i>		.....	199
<i>dapagliflozin-metformin</i> .....	26	<i>phosphate</i> .....	82, 102	DOPTELET (30 TAB PACK)	
<i>dapsone</i> .....	142	<i>dexamethylphenidate</i> .....	60	.....	199
DAPTACEL (DTAP		<i>dextroamphetamine sulfate</i>		DOPTELET SPRINKLE... 199	
PEDIATRIC) (PF) .....	94	.....	60	<i>dorzolamide</i> .....	99
<i>daptomycin</i> .....	114	<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i> .....	99
<i>darunavir</i> .....	143	<i>amphetamine</i> .....	60, 61	<i>dotti</i> .....	81
DARZALEX .....	6	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>		DOVATO .....	144
DARZALEX FASPRO .....	6	.....	44	<i>doxazosin</i> .....	45
<i>dasatinib</i> .....	6	DIACOMIT .....	131	<i>doxepin</i> .....	58, 137
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	122	<i>diazepam</i> .....	24, 131	<i>doxercalciferol</i> .....	57
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	122	<i>diazepam intensol</i> .....	24	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> ..	6
DATROWAY .....	6	<i>diazoxide</i> .....	104	<i>doxy-100</i> .....	120
DAURISMO .....	6	<i>diclofenac epolamine</i> .....	107	<i>doxycycline hyclate</i> .....	120
DAWNZERA.....	48	<i>diclofenac potassium</i> .....	107	<i>doxycycline monohydrate</i>	120
<i>daysee</i> .....	122	<i>diclofenac sodium</i> ....	102, 107	DRIZALMA SPRINKLE... 137	
<i>deblitane</i> .....	122	<i>diclofenac-misoprostol</i> ...	107	<i>dronabinol</i> .....	33
<i>decitabine</i> .....	6	<i>dicloxacillin</i> .....	118	DROPLET INSULIN	
<i>deferasirox</i> .....	112	<i>dicyclomine</i> .....	76	SYR(HALF UNIT). 158, 159	

DROPLET INSULIN		ELIGARD (6 MONTH) .....	7
SYRINGE.....	158, 159, 160	<i>elinest</i> .....	123
DROPLET MICRON PEN		ELIQUIS .....	197
NEEDLE .....	160	ELIQUIS DVT-PE TREAT	
DROPLET PEN NEEDLE	160	30D START .....	197
DROPSAFE ALCOHOL		ELIQUIS SPRINKLE.....	197
PREP PADS .....	160	ELMIRON.....	104
DROPSAFE INSULIN		ELREXFIO .....	7
SYRINGE.....	160, 161	<i>eltrombopag olamine</i> .....	199
DROPSAFE PEN NEEDLE		<i>eluryng</i> .....	123
.....	161	EMBRACE PEN NEEDLE	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>		.....	167
.....	122, 123	EMCYT.....	7
DROXIA.....	197	EMEND .....	33
<i>droxidopa</i> .....	45	EMGALITY PEN .....	31
<i>duloxetine</i> .....	137	EMGALITY SYRINGE .....	32
DUPIXENT PEN.....	87	EMRELIS .....	7
DUPIXENT SYRINGE.....	87	EMSAM.....	137
<i>dutasteride</i> .....	78	<i>emtricitabine</i> .....	144
<i>dutasteride-tamsulosin</i> .....	78	<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	
<b>E</b>		.....	144
EASY COMFORT ALCOHOL		<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	
PAD.....	162	.....	144
EASY COMFORT INSULIN		EMTRIVA .....	144
SYRINGE.....	161, 162	<i>emzahn</i> .....	123
EASY COMFORT PEN		<i>enalapril maleate</i> .....	55
NEEDLES.....	162	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	
EASY COMFORT SAFETY		.....	55
PEN NEEDLE.....	161	ENBREL.....	87
EASY GLIDE INSULIN		ENBREL MINI.....	87
SYRINGE.....	163	ENBREL SURECLICK.....	87
EASY GLIDE PEN NEEDLE		<i>endocet</i> .....	109
.....	163	ENGERIX-B (PF).....	94
EASY TOUCH .....	165	ENGERIX-B PEDIATRIC	
EASY TOUCH ALCOHOL		(PF).....	94
PREP PADS .....	164	<i>enilloring</i> .....	123
EASY TOUCH		<i>enoxaparin</i> .....	197, 198
AUTORETRACT		<i>enpresse</i> .....	123
SYRINGE.....	164	ENSACOVE.....	7
EASY TOUCH FLIPLOCK		<i>enskyce</i> .....	123
INSULIN.....	165	ENSPRYNG.....	61
EASY TOUCH FLIPLOCK		<i>entacapone</i> .....	35
SYRINGE .....	164		
EASY TOUCH INS SYR			
(HALF UNIT).....	163		
EASY TOUCH INSULIN			
SAFETY SYR.....	163		
EASY TOUCH INSULIN			
SYRINGE ....	163, 164, 165,		
166			
EASY TOUCH LUER LOCK			
INSULIN .....	165		
EASY TOUCH PEN NEEDLE			
.....	165		
EASY TOUCH SAFETY PEN			
NEEDLE.....	165, 166, 167		
EASY TOUCH			
SHEATHLOCK INSULIN			
.....	164, 165		
EASY TOUCH UNI-SLIP.	166		
EASYLIFE ALCOHOL PADS			
.....	166		
EASYLIFE INSULIN PEN			
NEEDLE.....	166		
EASYLIFE INSULIN			
SYRINGE .....	166, 167		
EASYLIFE SAFETY PEN			
NEEDLE.....	167		
<i>econazole nitrate</i> .....	140		
EDURANT .....	144		
EDURANT PED.....	144		
<i>efavirenz</i> .....	144		
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>			
.....	144		
<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>			
<i>disop</i> .....	144		
EGRIFTA SV .....	83		
EGRIFTA WR .....	83		
ELAHERE .....	6		
ELEPSIA XR.....	131		
ELIGARD .....	7		
ELIGARD (3 MONTH).....	6		
ELIGARD (4 MONTH).....	6		

<i>entecavir</i> .....	149	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	123	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	52
ENTRESTO.....	49	ETOPOPHOS.....	7	<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	52
ENTRESTO SPRINKLE.....	49	<i>etoposide</i> .....	7	<i>fenoprofen</i> .....	108
<i>enulose</i> .....	76	<i>etravirine</i> .....	144	<i>fentanyl</i> .....	110
EPCLUSA.....	148	EUCRISA.....	71	<i>fentanyl citrate</i> .....	109
EPIDIOLEX.....	132	EULEXIN.....	7	FERRIPROX.....	112
<i>epinastine</i> .....	103	<i>everolimus (antineoplastic)</i> .	8	<i>fesoterodine</i> .....	79
<i>epinephrine</i> .....	49	<i>everolimus</i> ( <i>immunosuppressive</i> ) ....	87	FETZIMA.....	137
<i>epitol</i> .....	132	EVOTAZ.....	144	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN.....	28
EPIVIR HBV.....	144	EVRYSDI.....	104	FIASP PENFILL U-100 INSULIN.....	28
EPKINLY.....	7	EXEL INSULIN.....	167	FIASP PUMPCART.....	28
<i>eplerenone</i> .....	55, 56	<i>exemestane</i> .....	8	FIASP U-100 INSULIN.....	28
ERBITUX.....	7	EXTENCILLINE.....	118	<i>fidaxomicin</i> .....	117
<i>ergoloid</i> .....	25	EXXUA.....	137	<i>finasteride</i> .....	78
ERIVEDGE.....	7	EYSUVIS.....	102	<i>ingolimod</i> .....	61
ERLEADA.....	7	EZALLOR SPRINKLE.....	52	FINTEPLA.....	132
<i>erlotinib</i> .....	7	<i>ezetimibe</i> .....	52	<i>fioricet</i> .....	110
<i>errin</i> .....	123	<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	52	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE.....	8
<i>ertapenem</i> .....	115	F.....		<i>flavoxate</i> .....	79
<i>ery pads</i> .....	73	FAKZYNJA.....	8	<i>flecainide</i> .....	45
<i>erythromycin</i> .....	100, 117	<i>falmina (28)</i> .....	123	<i>floxuridine</i> .....	8
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	117	<i>famciclovir</i> .....	149	<i>fluconazole</i> .....	140
<i>erythromycin with ethanol</i> ..	74	<i>famotidine</i> .....	75	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .....	140
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i> .....	74	FANAPT.....	38	<i>flucytosine</i> .....	140
ERZOFRI.....	38	FANAPT TITRATION PACK A .....	39	<i>fludrocortisone</i> .....	82
<i>escitalopram oxalate</i> .....	137	FANAPT TITRATION PACK B.....	39	<i>flunisolide</i> .....	102
<i>eslicarbazepine</i> .....	132	FANAPT TITRATION PACK C.....	39	<i>fluocinolone</i> .....	71
<i>esomeprazole magnesium</i> ..	75	FASENRA.....	64	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	102
<i>estarylla</i> .....	123	FASENRA PEN.....	64	<i>fluocinonide</i> .....	71
<i>estazolam</i> .....	24	<i>febuxostat</i> .....	31	<i>fluocinonide-emollient</i> .....	71
<i>estradiol</i> .....	81	<i>feirza</i> .....	123	<i>fluoride (sodium)</i> .....	69
<i>estradiol valerate</i> .....	81	<i>felbamate</i> .....	132	<i>fluorometholone</i> .....	102
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	81	<i>felodipine</i> .....	51	<i>fluorouracil</i> .....	8, 73
<i>eszopiclone</i> .....	58	FEMRING.....	81	<i>fluoxetine</i> .....	137, 138
<i>ethambutol</i> .....	142	<i>femynor</i> .....	123	<i>fluphenazine decanoate</i> ....	39
<i>ethosuximide</i> .....	132	<i>fenofibrate</i> .....	52	<i>fluphenazine hcl</i> .....	39
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	123	<i>fenofibrate micronized</i> .....	52	<i>flurazepam</i> .....	24
<i>etodolac</i> .....	107, 108				

<i>flurbiprofen</i> .....	108
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	102
<i>flutamide</i> .....	8
<i>fluticasone propionate</i> 66, 67, 71, 102	
<i>fluticasone propion- salmeterol</i> .....	67
<i>fluvastatin</i> .....	52
<i>fluvoxamine</i> .....	138
<i>folivane-ob</i> .....	202
<i>fondaparinux</i> .....	198
<i>fosamprenavir</i> .....	144
<i>fosfomycin tromethamine</i> .....	114
<i>fosinopril</i> .....	55
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	55
<i>fosphenytoin</i> .....	132
FOTIVDA .....	8
FRUZAQLA .....	8
<i>fulvestrant</i> .....	8
<i>furosemide</i> .....	53, 54
FUZEON .....	144
FYARRO .....	8
<i>fyavolv</i> .....	81
<b>G</b>	
<i>gabapentin</i> .....	132
GALAFOLD .....	200
<i>galantamine</i> .....	25
<i>gallifrey</i> .....	85
GAMMAGARD LIQUID ERC .....	88
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) .....	88
GAMMAPLEX .....	88
GAMUNEX-C .....	88
GARDASIL 9 (PF) .....	94
<i>gatifloxacin</i> .....	100
GATTEX 30-VIAL .....	76
GAUZE BANDAGE .....	167
GAUZE PAD .....	167
<i>gavilyte-c</i> .....	78
<i>gavilyte-g</i> .....	78

<i>gavilyte-n</i> .....	78
GAVRETO .....	8
<i>gefitinib</i> .....	9
<i>gemcitabine</i> .....	9
<i>gemfibrozil</i> .....	52
<i>gemmily</i> .....	123
<i>generlac</i> .....	76
<i>gengraf</i> .....	88
<i>gentak</i> .....	100
<i>gentamicin</i> .....	74, 100, 113
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> .....	113
<i>gentamicin sulfate (pf)</i> .....	113
GENVOYA .....	144
GILOTRIF .....	9
<i>glatiramer</i> .....	61
<i>glatopa</i> .....	61
<i>glimepiride</i> .....	30
<i>glipizide</i> .....	30, 31
<i>glipizide-metformin</i> .....	31
<i>glucagon emergency kit</i> (human) .....	104
<i>glutamine (sickle cell)</i> .....	104
<i>glyburide</i> .....	31
<i>glyburide micronized</i> .....	31
<i>glyburide-metformin</i> .....	31
<i>glycerol phenylbutyrate</i> .....	76
<i>glycopyrrolate</i> .....	76
<i>glydo</i> .....	111
GLYXAMBI .....	26
GOMEKLI .....	9
<i>granisetron hcl</i> .....	33
<i>griseofulvin microsize</i> .....	140
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	140
<i>guanfacine</i> .....	45, 61
GVOKE .....	105
GVOKE HYPOPEN 2-PACK .....	104
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE .....	105

<b>H</b>	
HADLIMA .....	88
HADLIMA PUSH TOUCH .....	88
HADLIMA(CF) .....	88
HADLIMA(CF) PUSH TOUCH .....	88
HAEGARDA .....	199
<i>hailey 24 fe</i> .....	123
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	123
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	123
<i>halobetasol propionate</i> .....	71
<i>haloette</i> .....	124
<i>haloperidol</i> .....	39
<i>haloperidol decanoate</i> .....	39
<i>haloperidol lactate</i> .....	39
HARVONI .....	148
HAVRIX (PF) .....	94
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE .....	168
HEALTHWISE PEN NEEDLE .....	168
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP .....	168, 169
<i>heather</i> .....	124
HEMADY .....	82
<i>heparin (porcine)</i> .....	198
HEPLISAV-B (PF) .....	94
HERCEPTIN HYLECTA .....	9
HERNEXEOS .....	9
HETLIOZ LQ .....	59
HIBERIX (PF) .....	94
HUMIRA .....	88
HUMIRA PEN .....	88
HUMIRA PEN CROHNS-UC- HS START .....	88
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS .....	88
HUMIRA(CF) .....	89
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER .....	88
HUMIRA(CF) PEN .....	89

HUMIRA(CF) PEN		INQOVI.....	10
CROHNS-UC-HS .....	89	INREBIC .....	10
HUMIRA(CF) PEN		<i>insulin asp prt-insulin aspart</i>	
PEDIATRIC UC .....	89	.....	28, 29
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		<i>insulin aspart u-100</i> .....	29
UV-ADOL HS.....	89	<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	29
HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>insulin lispro</i> .....	29
INSULIN.....	28	INSULIN SYR/NDL U100	
HUMULIN R U-500 (CONC)		HALF MARK.....	170
KWIKPEN .....	28	INSULIN SYRINGE	
<i>hydralazine</i> .....	49	MICROFINE .....	152
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	54	INSULIN SYRINGE	
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		NEEDLELESS.....	171
.....	110	INSULIN SYRINGE-NEEDLE	
<i>hydrocodone-ibuprofen</i> ....	110	U-100..	169, 170, 171, 178,
<i>hydrocortisone</i> .....	56, 71, 72, 82	179, 183, 186, 187	
<i>hydrocortisone butyrate</i> ....	71	INSULIN U-500 SYRINGE-	
<i>hydrocortisone valerate</i> ....	72	NEEDLE .....	171
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>		INSUPEN PEN NEEDLE.	171
.....	100	INTELENCE.....	145
<i>hydromorphone</i> .....	110	<i>introvale</i> .....	124
<i>hydromorphone (pf)</i> .....	110	INVEGA HAFYERA .....	39
<i>hydroxychloroquine</i> .....	34	INVEGA SUSTENNA...39, 40	
<i>hydroxyurea</i> .....	9	INVEGA TRINZA .....	40
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	142	INVELTYS .....	102
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	105	IPOL .....	94
HYRNUO.....	9	<i>ipratropium bromide</i> ..68, 103,	
<b>I</b>		104	
<i>ibandronate</i> .....	57	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	68
IBRANCE .....	9	IQIRVO.....	76
IBTROZI .....	9	<i>irbesartan</i> .....	49
<i>ibu</i> .....	108	<i>irbesartan-</i>	
<i>ibuprofen</i> .....	108	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	49
<i>ibuprofen-famotidine</i> .....	108	<i>irinotecan</i> .....	10
<i>icatibant</i> .....	49	ISENTRESS.....	145
<i>iclevia</i> .....	124	ISENTRESS HD .....	145
ICLUSIG .....	9	<i>isibloom</i> .....	124
<i>icosapent ethyl</i> .....	52	ISOLYTE S PH 7.4 .....	195
IDHIFA.....	9	ISOLYTE-P IN 5 %	
IDVYNZO .....	144	DEXTROSE .....	195
<i>ifosfamide</i> .....	9	ISOLYTE-S .....	195
ILEVRO .....	102	<i>isoniazid</i> .....	142
<i>imatinib</i> .....	10		
IMBRUVICA.....	10		
IMDELLTRA.....	10		
<i>imipenem-cilastatin</i> .....	115		
<i>imipramine hcl</i> .....	138		
<i>imipramine pamoate</i> .....	138		
<i>imiquimod</i> .....	73		
IMJUDO .....	10		
IMKELDI .....	10		
IMOVAX RABIES VACCINE			
(PF) .....	94		
IMPAVIDO.....	34		
INBRIJA .....	35		
<i>incassia</i> .....	124		
INCONTROL ALCOHOL			
PADS.....	169		
INCONTROL PEN NEEDLE			
.....	169		
INCRELEX.....	83		
<i>indapamide</i> .....	54		
<i>indomethacin</i> .....	108		
INFANRIX (DTAP) (PF).....	94		
<i>infliximab</i> .....	89		
INGREZZA .....	61		
INGREZZA INITIATION			
PK(TARDIV).....	61		
INGREZZA SPRINKLE ....	61		
INLEXZO .....	10		
INLURIYO.....	10		
INLYTA.....	10		
INPEN (FOR HUMALOG)			
BLUE.....	169		
INPEN (FOR HUMALOG)			
GREY .....	169		
INPEN (FOR HUMALOG)			
PINK.....	169		
INPEN (NOVOLOG OR			
FIASP) BLUE .....	169		
INPEN (NOVOLOG OR			
FIASP) GREY .....	169		
INPEN (NOVOLOG OR			
FIASP) PINK .....	169		

<i>isosorbide dinitrate</i> .....	56
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	56
<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	56
<i>isradipine</i> .....	51
ITOVEBI .....	10
<i>itraconazole</i> .....	140
IV PREP WIPES .....	171
<i>ivabradine</i> .....	49
<i>ivermectin</i> .....	34
IWILFIN .....	11
IXIARO (PF).....	95
<b>J</b>	
<i>jaimiess</i> .....	124
JAKAFI .....	11
JAKAFI XR .....	11
<i>jantoven</i> .....	198
JANUMET .....	26
JANUMET XR .....	26
JANUVIA .....	26
JARDIANCE.....	26
JASCAYD .....	64
<i>jasmiel (28)</i> .....	124
JAVADIN.....	46
<i>javygtor</i> .....	200
JAYPIRCA .....	11
JEMPERLI.....	11
<i>jencycla</i> .....	124
JENTADUETO.....	26
JENTADUETO XR .....	26
<i>jinteli</i> .....	81
<i>jolessa</i> .....	124
<i>juleber</i> .....	124
JULUCA .....	145
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	124
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	124
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	124
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	124
<i>junel fe 24</i> .....	124
JUXTAPID .....	52
JYLAMVO.....	11
JYNARQUE.....	54
JYNNEOS (PF).....	95

<b>K</b>	
KALETRA .....	145
KALYDECO .....	64
<i>kariva (28)</i> .....	124
KATERZIA .....	51
<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	124
<i>kelnor 1/50 (28)</i> .....	124
KERENDIA .....	56
KESIMPTA PEN .....	61
<i>ketoconazole</i> .....	141
<i>ketoprofen</i> .....	108
<i>ketorolac</i> .....	103, 108
KEYTRUDA .....	11
KEYTRUDA QLEX .....	11
KIMMTRAK.....	11
KINERET .....	89
KINRIX (PF).....	95
<i>kionex</i> .....	76
KISQALI.....	11
KISQALI FEMARA CO-PACK .....	11
KLISYRI (250 MG) .....	73
<i>klor-con m10</i> .....	195
<i>klor-con m15</i> .....	196
<i>klor-con m20</i> .....	196
KLOXXADO .....	23
KOMZIFTI .....	12
KOSELUGO .....	12
<i>kosher prenatal plus iron</i> . 202	
KRAZATI .....	12
<i>kurvelo (28)</i> .....	125
KYLEENA .....	125
KYNMOBI .....	36
<b>L</b>	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> .....	125
<i>labetalol</i> .....	46
<i>lacosamide</i> .....	132
<i>lactulose</i> .....	76
<i>lagevrio (eua)</i> .....	149
<i>lamivudine</i> .....	145
<i>lamivudine-zidovudine</i> ....	145

<i>lamotrigine</i> .....	132, 133
<i>lanreotide</i> .....	83
<i>lansoprazole</i> .....	75
<i>lanthanum</i> .....	78
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN .....	29
LANTUS U-100 INSULIN ..	29
<i>lapatinib</i> .....	12
<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	125
<i>larin 1/20 (21)</i> .....	125
<i>larin 24 fe</i> .....	125
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	125
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	125
<i>latanoprost</i> .....	99
LAZCLUZE.....	12
<i>leflunomide</i> .....	89
<i>lenalidomide</i> .....	12
LENTOCILIN S .....	118
LENVIMA .....	12
<i>lessina</i> .....	125
<i>letrozole</i> .....	12
<i>leucovorin calcium</i> .....	105
LEUKERAN.....	12
LEUKINE.....	199
<i>leuprolide</i> .....	12
<i>leuprolide acetate (3 month)</i> .....	12
<i>levetiracetam</i> .....	133
<i>levobunolol</i> .....	99
<i>levocarnitine</i> .....	105
<i>levocarnitine (with sugar)</i> 105	
<i>levocetirizine</i> .....	142
<i>levofloxacin</i> .....	119
<i>levofloxacin in d5w</i> .....	119
<i>levonest (28)</i> .....	125
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> .....	125
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> .....	125
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> .....	126
<i>levora-28</i> .....	126

<i>levothyroxine</i> .....	79	<i>low-ogestrel (28)</i> .....	126	MARPLAN.....	138
LEXIVA .....	145	<i>loxapine succinate</i> .....	40	MATULANE.....	14
LIBERVANT.....	133	<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	126	<i>matzim la</i> .....	48
<i>lidocaine</i> .....	112	<i>lubiprostone</i> .....	76, 77	MAVENCLAD (10 TABLET PACK).....	62
<i>lidocaine hcl</i> .....	111, 112	<i>luizza</i> .....	126	MAVENCLAD (4 TABLET PACK).....	62
<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	112	LUMAKRAS.....	13	MAVENCLAD (5 TABLET PACK).....	62
<i>lidocan iii</i> .....	112	LUMIGAN .....	99	MAVENCLAD (6 TABLET PACK).....	62
LILETTA.....	126	LUNSUMIO.....	13	MAVENCLAD (7 TABLET PACK).....	62
<i>linezolid</i> .....	114	LUNSUMIO VELO.....	13	MAVENCLAD (8 TABLET PACK).....	62
<i>linezolid in dextrose 5%</i> ...	114	LUPRON DEPOT .....	13, 83	MAVENCLAD (9 TABLET PACK).....	62
LINZESS .....	76	LUPRON DEPOT (3 MONTH).....	13, 83	MAVYRET .....	148
<i>liomny</i> .....	79	LUPRON DEPOT (4 MONTH).....	13	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE .....	173
<i>liothyronine</i> .....	79	LUPRON DEPOT (6 MONTH).....	13	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE .....	173
LISCO.....	171	LUPRON DEPOT-PED ....	84	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE .....	173
<i>lisinopril</i> .....	55	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH).....	83	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE .....	173
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> .....	55	<i>lurasidone</i> .....	40	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	173
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES.....	171, 172	<i>lutea (28)</i> .....	126	MAYZENT .....	62
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE.....	171, 172	LUTRATE DEPOT (3 MONTH).....	13	MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT).....	62
<i>lithium carbonate</i> .....	61, 62	LYBALVI.....	40	MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT).....	62
<i>lithium citrate</i> .....	62	<i>lyleq</i> .....	126	<i>meclizine</i> .....	33
LIVDELZI.....	76	<i>lyllana</i> .....	81	<i>medroxyprogesterone</i> .....	85
LIVTENCITY.....	148	LYNOZYFIC.....	13	<i>mefenamic acid</i> .....	108
LOKELMA .....	76	LYNPARZA .....	14	<i>mefloquine</i> .....	34
<i>lomustine</i> .....	12	LYSODREN .....	14	<i>megestrol</i> .....	14, 85
LONSURF .....	12, 13	LYTGOBI .....	14	MEKINIST .....	14
<i>loperamide</i> .....	76	<i>lyza</i> .....	126	MEKTOVI.....	14
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	145	<b>M</b>		<i>meleya</i> .....	126
LOQTORZI .....	13	MAGELLAN INSULIN		<i>meloxicam</i> .....	108
<i>lorazepam</i> .....	24	SAFETY SYRNG .....	173		
<i>lorazepam intensol</i> .....	24	MAGELLAN SYRINGE ..	172,		
LORBRENA.....	13	173			
<i>loryna (28)</i> .....	126	<i>magnesium sulfate</i> .....	196		
<i>losartan</i> .....	49	<i>malathion</i> .....	74		
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> .....	50	<i>maraviroc</i> .....	145		
LOTEMAX .....	103	MARGENZA .....	14		
LOTEMAX SM.....	103	<i>marlissa (28)</i> .....	126		
<i>loteprednol etabonate</i> .....	103	<i>marnatal-f</i> .....	202		
<i>lovastatin</i> .....	52				

<i>memantine</i> .....	25	MICRODOT READYGARD	MOVANTIK .....	77
<i>memantine-donepezil</i> .....	25	PEN NEEDLE .....	<i>moxifloxacin</i> .....	100, 119
MENACTRA (PF) .....	95	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> ...	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-</i>	
MENQUADFI (PF) .....	95	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	<i>water</i> .....	119
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		<i>microgestin 24 fe</i> .....	<i>moxifloxacin-</i>	
(PF).....	95	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	<i>sod.chloride(iso)</i> .....	119
<i>mercaptapurine</i> .....	14	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> ..	MRESVIA (PF).....	95
<i>meropenem</i> .....	115	<i>midodrine</i> .....	MULTAQ.....	45
<i>merzee</i> .....	126	MIEBO (PF) .....	<i>mupirocin</i> .....	74
<i>mesalamine</i> .....	57	<i>mifepristone</i> .....	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	89
<i>mesna</i> .....	105	<i>miglitol</i> .....	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	
<i>metadate er</i> .....	62	<i>miglustat</i> .....	.....	89
<i>metformin</i> .....	26	<i>mili</i> .....	<i>mycophenolate sodium</i> ....	89
<i>methadone</i> .....	110	<i>mimvey</i> .....	<i>mynatal</i> .....	202
<i>methazolamide</i> .....	99	MINI ULTRA-THIN II.....	<i>mynatal advance</i> .....	202
<i>methenamine hippurate</i> ...	114	<i>minocycline</i> .....	<i>mynatal plus</i> .....	202
<i>methimazole</i> .....	80	<i>minoxidil</i> .....	<i>mynatal-z</i> .....	202
<i>methocarbamol</i> .....	202	MIPLYFFA.....	<i>mynate 90 plus</i> .....	202
<i>methotrexate sodium</i> .....	14	MIRENA.....	MYRBETRIQ.....	79
<i>methotrexate sodium (pf)</i> ...	14	<i>mirtazapine</i> .....	N	
<i>methoxsalen</i> .....	73	<i>misoprostol</i> .....	<i>nabumetone</i> .....	108
<i>methscopolamine</i> .....	77	<i>mitoxantrone</i> .....	<i>nadolol</i> .....	47
<i>methsuximide</i> .....	133	M-M-R II (PF).....	<i>nafacillin</i> .....	119
<i>methylphenidate hcl</i> ....	62, 63	<i>m-natal plus</i> .....	<i>naloxone</i> .....	23
<i>methylprednisolone</i> .....	82	<i>modafinil</i> .....	<i>naltrexone</i> .....	23
<i>methylprednisolone acetate</i>		MODEYSO .....	NAMZARIC .....	25
.....	82	<i>moexipril</i> .....	NANO 2ND GEN PEN	
<i>metoclopramide hcl</i> .....	77	<i>molindone</i> .....	NEEDLE .....	175
<i>metolazone</i> .....	54	<i>mometasone</i> .....	NANO PEN NEEDLE .....	175
<i>metoprolol succinate</i> .....	46	MONOJECT INSULIN	<i>naproxen</i> .....	108
<i>metoprolol ta-</i>		SAFETY SYRINGE 174, 175	<i>naratriptan</i> .....	32
<i>hydrochlorothiaz</i> .....	46	MONOJECT INSULIN	NATACYN .....	100
<i>metoprolol tartrate</i> .....	46, 47	SYRINGE .....	<i>nateglinide</i> .....	27
<i>metronidazole</i> .....	74, 113, 114	MONOJECT SYRINGE ...	NATPARA.....	58
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>		MONOJECT ULTRA	NAYZILAM .....	133
.....	114	COMFORT INSULIN ...	<i>nebivolol</i> .....	47
<i>metyrosine</i> .....	49	<i>mono-lynyah</i> .....	<i>nefazodone</i> .....	138
<i>mexiletine</i> .....	45	<i>montelukast</i> .....	<i>neomycin</i> .....	113
<i>micafungin</i> .....	141	<i>morphine</i> .....	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	
<i>miconazole-3</i> .....	141	MORPHINE .....	.....	100
MICRODOT INSULIN PEN		<i>morphine concentrate</i> ....	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
NEEDLE .....	173	MOUNJARO .....	<i>polymyxin</i> .....	100

<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i> .....	100	<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	81, 127	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	128
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	101	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....	127	<i>nymyo</i> .....	128
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> ...	101	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	127	<i>nystatin</i> .....	141
<i>neo-polycin</i> .....	101	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	127	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	141
<i>neo-polycin hc</i> .....	101	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	127	<i>nystop</i> .....	141
NERLYNX.....	14	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	128	NYVEPRIA.....	200
NEUPRO.....	36	<i>nortriptyline</i> .....	138	<b>O</b>	
<i>nevirapine</i> .....	145, 146	NORVIR.....	146	<i>obstetrix dha</i> .....	202
<i>newgen</i> .....	202	NOVOFINE 30.....	175	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....	202
NEXLETOL.....	52	NOVOFINE 32.....	175	OCALIVA.....	77
NEXLIZET.....	53	NOVOFINE PLUS.....	175	<i>octreotide acetate</i> .....	84
NEXPLANON.....	127	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	29	ODEFSEY.....	146
<i>niacin</i> .....	53	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	29	ODOMZO.....	15
<i>niacor</i> .....	53	NOVOLIN N FLEXPEN.....	29	<i>ofloxacin</i> .....	101
<i>nicardipine</i> .....	51	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	29	OGIVRI.....	15
NICOTROL.....	23	NOVOLIN R FLEXPEN.....	30	OGSIVEO.....	15
NICOTROL NS.....	23	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	30	OJEMDA.....	15
<i>nifedipine</i> .....	51	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN.....	30	OJJAARA.....	15
<i>nikki (28)</i> .....	127	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN.....	30	<i>olanzapine</i> .....	41
NIKTIMVO.....	89	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100.....	30	<i>olmesartan</i> .....	50
<i>nilotinib hcl</i> .....	15	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN.....	30	<i>olmesartan-amlodipin-hcthiaid</i> .....	50
<i>nilutamide</i> .....	15	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART.....	30	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	50
NINLARO.....	15	NOXAFIL.....	141	<i>olopatadine</i> .....	104
<i>nintedanib</i> .....	64	NUBEQA.....	15	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	53
<i>nitazoxanide</i> .....	34	NUCALA.....	64, 65	<i>omeprazole</i> .....	75
<i>nitisinone</i> .....	201	NULOJIX.....	89	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i> .....	75
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	114	NUPLAZID.....	40	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS).....	175
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> .....	114	NURTEC ODT.....	32	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5).....	175
<i>nitroglycerin</i> .....	56, 105	<i>nyamyc</i> .....	141	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5).....	175
<i>niva-plus</i> .....	202	<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	128	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS).....	175
NIVESTYM.....	200			OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3).....	175
<i>nizatidine</i> .....	75				
NORDITROPIN FLEXPRO.....	84				
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> .....	127				
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	127				
<i>norethindrone acetate</i> .....	85				

OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	175	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	111	PENMENVY MENACWY COMPONENT(PF).....	96
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	175	<i>oxymorphone</i> .....	111	PENMENVY MENB COMPONENT (PF).....	96
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	175	OZEMPIC .....	27	PENTACEL (PF) .....	96
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	175	<b>P</b>		<i>pentamidine</i> .....	34
ONAPGO.....	36	<i>pacerone</i> .....	46	PENTIPS PEN NEEDLE .	176
<i>ondansetron</i> .....	33	<i>paclitaxel</i> .....	16	<i>pentoxifylline</i> .....	199
<i>ondansetron hcl</i> .....	33	<i>paclitaxel protein-bound</i> ....	16	<i>perampanel</i> .....	133
ONGENTYS .....	36	<i>paliperidone</i> .....	41	<i>perindopril erbumine</i> .....	55
ONUREG.....	15	PALYNZIQ .....	201	<i>periogard</i> .....	69
OPDIVO .....	15	PANRETIN .....	73	<i>permethrin</i> .....	74
OPDIVO QVANTIG .....	15	<i>pantoprazole</i> .....	75	<i>perphenazine</i> .....	41
OPDUALAG .....	15	<i>paricalcitol</i> .....	58	<i>perphenazine-amitriptyline</i> .....	138
OPIPZA .....	41	<i>paroxetine hcl</i> .....	138	PERSERIS.....	41
OPSUMIT .....	106	PAXLOVID .....	148, 149	<i>phenelzine</i> .....	138
ORENCIA .....	90	<i>pazopanib</i> .....	16	<i>phenobarbital</i> .....	133, 134
ORENCIA (WITH MALTOSE) .....	89	PEDIARIX (PF).....	95	<i>phenytek</i> .....	134
ORENCIA CLICKJECT .....	90	PEDVAX HIB (PF) .....	95	<i>phenytoin</i> .....	134
ORFADIN .....	201	<i>peg 3350-electrolytes</i> .....	78	<i>phenytoin sodium</i> .....	134
ORGOVYX .....	84	PEGASYS.....	149	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	134
ORLISSA.....	84	<i>peg-electrolyte soln</i> .....	78	<i>philith</i> .....	128
ORKAMBI.....	65	PEMAZYRE .....	16	PIFELTRO.....	146
<i>orquidea</i> .....	128	<i>pemetrexed disodium</i> .....	16	<i>pilocarpine hcl</i> .....	69, 99
ORSERDU .....	16	PEMRYDI RTU.....	16	<i>pimecrolimus</i> .....	72
<i>oseltamivir</i> .....	148	PEN NEEDLE.....	176	<i>pimozide</i> .....	41
OSENVELT .....	58	PEN NEEDLE, DIABETIC ... 157, 167, 173, 174, 176, 178		<i>pimtreea (28)</i> .....	128
OSMOLEX ER .....	36	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY .....	179	<i>pindolol</i> .....	47
OTEZLA .....	90	PENBRAYA (PF).....	95	<i>pioglitazone</i> .....	27
OTEZLA STARTER.....	90	PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) .....	95	<i>pioglitazone-metformin</i> .....	27
OTEZLA XR.....	90	PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) .....	95	PIP PEN NEEDLE .....	177
OTEZLA XR INITIATION ...	90	<i>penciclovir</i> .....	73	<i>piperacillin-tazobactam</i> ....	119
<i>oxaliplatin</i> .....	16	<i>penicillamine</i> .....	112	PIQRAY .....	16
<i>oxandrolone</i> .....	80	<i>penicillin g potassium</i> .....	119	<i>pirfenidone</i> .....	65
<i>oxazepam</i> .....	24	<i>penicillin g procaine</i> .....	119	<i>piroxicam</i> .....	108
<i>oxcarbazepine</i> .....	133	<i>penicillin v potassium</i> .....	119	<i>pitavastatin calcium</i> .....	53
<i>oxybutynin chloride</i> .....	79	PENMENVY MEN A-B-C-W- Y (PF).....	96	PLASMA-LYTE A .....	196
<i>oxycodone</i> .....	111			PLEGRIDY.....	63
				<i>pnv-dha + docusate</i> .....	203
				<i>pnv-omega</i> .....	203

<i>podofilox</i> .....	73	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>		PROQUAD (PF).....	96
<i>polycin</i> .....	101	.....	203	PROSOL 20 %.....	44
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	114	<i>prenatal-u</i> .....	203	<i>protriptyline</i> .....	138
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>		<i>preplus</i> .....	203	PULMOZYME.....	201
.....	101	<i>prevalite</i> .....	53	PURE COMFORT ALCOHOL	
<i>pomalidomide</i> .....	16	PREVENT DROPSAFE PEN		PADS.....	178
POMALYST.....	16	NEEDLE.....	177	PURE COMFORT PEN	
<i>portia 28</i> .....	128	PREVYMIS.....	149	NEEDLE.....	178
<i>posaconazole</i> .....	141	PREZCOBIX.....	146	PURE COMFORT SAFETY	
<i>potassium chloride</i> .....	196	PREZISTA.....	146	PEN NEEDLE.....	178
<i>potassium chloride-0.45 %</i>		PRIFTIN.....	142	<i>pyrazinamide</i> .....	142
<i>nacl</i> .....	196	PRIMAQUINE.....	34	<i>pyridostigmine bromide</i> ..	105
<i>potassium citrate</i> .....	196	<i>primidone</i> .....	134	<i>pyrimethamine</i> .....	34
<i>pr natal 400</i> .....	203	PRIORIX (PF).....	96	<b>Q</b>	
<i>pr natal 400 ec</i> .....	203	PRO COMFORT ALCOHOL		QINLOCK.....	16
<i>pr natal 430</i> .....	203	PADS.....	177	QUADRACEL (PF).....	96
<i>pr natal 430 ec</i> .....	203	PRO COMFORT INSULIN		<i>quetiapine</i> .....	41
<i>pramipexole</i> .....	36	SYRINGE.....	177	<i>quinapril</i> .....	55
<i>prasugrel hcl</i> .....	199	PRO COMFORT PEN		<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	
<i>pravastatin</i> .....	53	NEEDLE.....	177	.....	55
<i>praziquantel</i> .....	34	PROAIR RESPICLICK.....	68	<i>quinidine gluconate</i> .....	46
<i>prazosin</i> .....	45	<i>probenecid</i> .....	31	<i>quinidine sulfate</i> .....	46
<i>prednisolone</i> .....	82	<i>probenecid-colchicine</i> .....	31	<i>quinine sulfate</i> .....	35
<i>prednisolone acetate</i> .....	103	<i>prochlorperazine</i> .....	33	QULIPTA.....	32
<i>prednisolone sodium</i>		<i>prochlorperazine edisylate</i> 33,		<b>R</b>	
<i>phosphate</i> .....	82, 103	41		RABAVERT (PF).....	96
<i>prednisone</i> .....	82, 83	<i>prochlorperazine maleate</i> .	33	<i>rabeprazole</i> .....	75
<i>pregabalin</i> .....	134	PRO-COMFORT ALCOHOL		RALDESY.....	138
PREMARIN.....	82	PADS.....	177	<i>raloxifene</i> .....	82
PREMPHASE.....	82	<i>procto-med hc</i> .....	72	<i>ramipril</i> .....	55
PREMPRO.....	82	<i>proctosol hc</i> .....	72	<i>ranolazine</i> .....	49
<i>prena1 true</i> .....	203	<i>proctozone-hc</i> .....	72	<i>rasagiline</i> .....	36
<i>prenaissance</i> .....	203	PRODIGY INSULIN		RASUVO (PF).....	90
<i>prenaissance plus</i> .....	203	SYRINGE.....	177, 178	RAYALDEE.....	58
<i>prenatabs fa</i> .....	203	<i>progesterone micronized</i> ..	85	<i>reclipsen (28)</i> .....	128
<i>prenatal 19</i> .....	203	PROGRAF.....	90	RECOMBIVAX HB (PF).....	96
<i>prenatal 19 (with docusate)</i>		PROLASTIN-C.....	65	REGANEX.....	73
.....	203	<i>promethazine</i> .....	33, 142	RELENZA DISKHALER..	149
<i>prenatal plus</i> .....	203	<i>promethegan</i> .....	33	RELISTOR.....	77
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>		<i>propafenone</i> .....	46	<i>repaglinide</i> .....	27
.....	203	<i>propranolol</i> .....	47	REPATHA PUSHTRONEX	53
		<i>propylthiouracil</i> .....	80	REPATHA SURECLICK.....	53

REPATHA SYRINGE.....	53	ROTARIX.....	97	<i>sharobel</i> .....	128
RETACRIT.....	200	ROTATEQ VACCINE.....	97	SHINGRIX (PF).....	97
RETEVMO.....	16, 17	ROZLYTREK.....	17	SIGNIFOR.....	84
RETROVIR.....	146	RUBRACA.....	17	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	
REVCOVI.....	201	<i>rufinamide</i> .....	134	.....	106
REVUFORJ.....	17	RUKOBIA.....	146	<i>silver sulfadiazine</i> .....	74
REXULTI.....	41	RYBELSUS.....	27	SIMBRINZA.....	99
REYATAZ.....	146	RYBREVANT.....	17	<i>simliya (28)</i> .....	128
REZDIFFRA.....	80	RYBREVANT FASPRO.....	17	<i>simpesse</i> .....	128
REZLIDHIA.....	17	RYDAPT.....	17	SIMPLI PEN NEEDLE.....	168
REZUROCK.....	90	RYKINDO.....	42	<i>simvastatin</i> .....	53
RHOPRESSA.....	99	RYTELO.....	18	<i>sirolimus</i> .....	91
<i>ribavirin</i> .....	149	S		SIRTURO.....	143
RIDAURA.....	90	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	50	SKY SAFETY PEN NEEDLE	
<i>rifabutin</i> .....	142	SAFESNAP INSULIN		.....	179, 180
<i>rifampin</i> .....	142, 143	SYRINGE.....	179	SKYLA.....	128
<i>rilpivirine</i> .....	146	SAFETY PEN NEEDLE ..	179	SKYRIZI.....	91
<i>rilpivirine hcl</i> .....	146	<i>sajazir</i> .....	49	<i>sodium chloride 0.45 %</i> ... 197	
<i>riluzole</i> .....	63	SANTYL.....	73	<i>sodium chloride 0.9 %</i> ..... 197	
<i>rimantadine</i> .....	149	<i>sapropterin</i> .....	201	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .69	
RINVOQ.....	90	SCEMBLIX.....	18	<i>sodium oxybate</i> .....	59
RINVOQ LQ.....	90	<i>scopolamine base</i> .....	34	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	77
<i>risedronate</i> .....	58	SECUADO.....	42	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	
<i>risperidone</i> .....	42	SECURESAFE INSULIN		.....	77
<i>risperidone microspheres</i> .41,		SYRINGE.....	179	<i>sodium,potassium,mag</i>	
42		SECURESAFE PEN		<i>sulfates</i> .....	78
<i>ritonavir</i> .....	146	NEEDLE.....	179	<i>solifenacin</i> .....	79
RITUXAN HYCELA.....	17	SELARSDI.....	90, 91	SOLIQUA 100/33.....	30
<i>rivaroxaban</i> .....	198	<i>select-ob</i> .....	203	SOLTAMOX.....	18
<i>rivastigmine</i> .....	25	<i>select-ob (folic acid)</i> .....	203	SOMATULINE DEPOT.....	84
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	25	<i>selegiline hcl</i> .....	36	SOMAVERT.....	84
RIVFLOZA.....	105	<i>selenium sulfide</i> .....	74	<i>sorafenib</i> .....	18
<i>rizatriptan</i> .....	32	SELZENTRY.....	146	<i>sorine</i> .....	47
<i>r-natal ob</i> .....	203	<i>se-natal 19 chewable</i> .....	204	<i>sotalol</i> .....	47
ROCKLATAN.....	99	SEREVENT DISKUS.....	68	<i>sotalol af</i> .....	47
<i>roflumilast</i> .....	65	SEROSTIM.....	84	SPIRIVA RESPIMAT.....	68
ROLVEDON.....	200	<i>sertraline</i> .....	138	<i>spironolactone</i> .....	54, 56
ROMVIMZA.....	17	<i>setlakin</i> .....	128	<i>spironolacton-</i>	
<i>ropinirole</i> .....	36	<i>sevelamer carbonate</i> .....	78	<i>hydrochlorothiaz</i> .....	54
<i>rosadan</i> .....	74	<i>sevelamer hcl</i> .....	78	SPRAVATO.....	139
<i>rosuvastatin</i> .....	53	SEZABY.....	134	<i>sprintec (28)</i> .....	128
<i>rosyrah</i> .....	128	<i>sf 5000 plus</i> .....	69	SPRITAM.....	134

<i>sps (with sorbitol)</i> .....	77	SURE-JECT INSULIN		TECHLITE INSULIN	
<i>sronyx</i> .....	128	SYRINGE .....	181	SYRINGE .....	182
<i>ssd</i> .....	74	SURE-PREP ALCOHOL		TECHLITE INSULN	
<i>stavudine</i> .....	146	PREP PADS .....	181	SYR(HALF UNIT).181, 182	
STERILE PADS .....	167	<i>syeda</i> .....	128	TECHLITE PEN NEEDLE	182
STIOLTO RESPIMAT .....	68	SYMDEKO .....	65	TECHLITE PLUS PEN	
STIVARGA .....	18	SYMPAZAN .....	134	NEEDLE .....	183
STOBOCLO .....	58	SYMTUZA .....	147	TECVAYLI .....	19
STRENSIQ .....	201	SYNAREL .....	84	<i>telmisartan</i> .....	50
<i>streptomycin</i> .....	113	SYNJARDY .....	27	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	50
STRIBILD .....	147	SYNJARDY XR .....	27	<i>telmisartan-</i>	
STRIVERDI RESPIMAT .....	68	SYNRIBO .....	18	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	50
<i>subvenite</i> .....	134	SYRINGE WITH NEEDLE,		<i>temazepam</i> .....	24, 25
SUBVENITE .....	134	SAFETY .....	179	TEMIXYS .....	147
<i>sucralfate</i> .....	75	<b>T</b>		<i>tencon</i> .....	111
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	101	TABLOID .....	18	TENIVAC (PF) .....	97
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>		TABRECTA .....	18	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	
.....	74	<i>tacrolimus</i> .....	72, 91	.....	147
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>		<i>taдалafil</i> .....	106	TEPMETKO .....	19
.....	101	TAFINLAR .....	18	<i>terazosin</i> .....	79
<i>sulfadiazine</i> .....	119	<i>tafluprost (pf)</i> .....	99	<i>terbinafine hcl</i> .....	141
<i>sulfamethoxazole-</i>		TAGRISSO .....	18	<i>terbutaline</i> .....	68
<i>trimethoprim</i> .....	119, 120	TAKHZYRO .....	105	<i>terconazole</i> .....	113
<i>sulfasalazine</i> .....	57	TALVEY .....	18	<i>teriflunomide</i> .....	63
<i>sulindac</i> .....	108	TALZENNA .....	18	<i>teriparatide</i> .....	58
<i>sumatriptan</i> .....	32	<i>tamoxifen</i> .....	18	TERUMO INSULIN	
<i>sumatriptan succinate</i> .....	32	<i>tamsulosin</i> .....	78	SYRINGE .....	183
<i>sumatriptan-naproxen</i> .....	32	<i>tarina 24 fe</i> .....	129	<i>testosterone</i> .....	80
<i>sunitinib malate</i> .....	18	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....	129	<i>testosterone cypionate</i> .....	80
SUNLENCA .....	147	<i>taron-c dha</i> .....	204	<i>testosterone enanthate</i> .....	80
SURE COMFORT ALCOHOL		<i>taron-prex prenatal-dha</i> ..	204	<i>tetrabenazine</i> .....	64
PREP PADS .....	180	TASIGNA .....	18	<i>tetracycline</i> .....	120
SURE COMFORT INS. SYR.		<i>tasimelteon</i> .....	59	TEVIMBRA .....	19
U-100 .....	180	TAVALISSE .....	197	THALOMID .....	105, 106
SURE COMFORT INSULIN		TAVNEOS .....	91	<i>theophylline</i> .....	68, 69
SYRINGE .....	180	<i>taysofy</i> .....	129	THINPRO INSULIN	
SURE COMFORT PEN		<i>tazarotene</i> .....	74	SYRINGE .....	183
NEEDLE .....	180, 181	<i>tazicef</i> .....	116	<i>thioridazine</i> .....	42
SURE COMFORT SAFETY		<i>taztia xt</i> .....	48	<i>thiothixene</i> .....	42
PEN NEEDLE .....	180	TDVAX .....	97	<i>tiadylt er</i> .....	48
SURE-FINE PEN NEEDLES		TECENTRIQ .....	19	<i>tiagabine</i> .....	135
.....	181	TECENTRIQ HYBREZA ...	19	TIBSOVO .....	19

<i>ticagrelor</i> .....	199	<i>trazodone</i> .....	139	TRIZIVIR .....	147
TICE BCG .....	19	TRECTOR .....	143	TROGARZO.....	147
TICOVAC.....	97	TRELEGY ELLIPTA .....	69	TROPHAMINE 10 % .....	45
<i>tigecycline</i> .....	121	TRELSTAR .....	19	<i>tropium</i> .....	79
<i>tilia fe</i> .....	129	TREMFYA.....	91, 92	TRUE COMFORT ALCOHOL	
<i>timolol</i> .....	99	TREMFYA ONE-PRESS ...	91	PADS .....	184
<i>timolol maleate</i> .....	47, 99	TREMFYA PEN .....	92	TRUE COMFORT INSULIN	
<i>tinidazole</i> .....	35	TREMFYA PEN INDUCTION		SYRINGE .....	184
<i>tiopronin</i> .....	79	PK(2PEN) .....	91	TRUE COMFORT PEN	
<i>tiotropium bromide</i> .....	69	<i>treprostinil sodium</i> .....	106	NEEDLE .....	184
TIVDAK.....	19	<i>tretinoin</i> .....	74	TRUE COMFORT PRO	
TIVICAY .....	147	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> ....	19	ALCOHOL PADS .....	185
TIVICAY PD.....	147	<i>triamcinolone acetonide</i> ...	69,	TRUE COMFORT PRO INS	
<i>tizanidine</i> .....	202	72, 83		SYRINGE ....	183, 184, 185
TOBI PODHALER.....	113	<i>triamterene-</i>		TRUE COMFORT SAFE	
<i>tobramycin</i> .....	101, 113	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	54	INSULIN SYRG....	184, 185
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>		<i>triazolam</i> .....	25	TRUE COMFORT SAFETY	
.....	113	<i>tridacaine ii</i> .....	112	PEN NEEDLE .....	184
<i>tobramycin sulfate</i> .....	113	<i>trientine</i> .....	112	TRUE-COMFORT PRO PEN	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>tri-estarylla</i> .....	129	NEEDLE .....	185
.....	101	<i>trifluoperazine</i> .....	42	TRUEPLUS INSULIN ....	185,
<i>tobramycin-lotepred</i> .....	101	<i>trifluridine</i> .....	102	186	
<i>tolterodine</i> .....	79	<i>trihexyphenidyl</i> .....	36	TRUEPLUS PEN NEEDLE	
<i>tolvaptan (polycys kidney dis)</i>		TRIJARDY XR.....	28	.....	185
.....	54	TRIKAFTA.....	65	TRULANCE.....	77
<i>topiramate</i> .....	135	<i>tri-legest fe</i> .....	129	TRULICITY .....	28
<i>toposar</i> .....	19	<i>tri-linyah</i> .....	129	TRUMENBA.....	97
<i>toremifene</i> .....	19	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	129	TRUQAP .....	19
<i>torpenz</i> .....	19	<i>tri-lo-marzia</i> .....	129	TRUXIMA.....	19
<i>torse mide</i> .....	54	<i>tri-lo-mili</i> .....	129	TUKYSA.....	19, 20
TOUJEO MAX U-300		<i>tri-lo-sprintec</i> .....	129	TURALIO .....	20
SOLOSTAR .....	30	<i>trimethoprim</i> .....	114	<i>turqoz (28)</i> .....	129
TOUJEO SOLOSTAR U-300		<i>tri-mili</i> .....	129	TWINRIX (PF).....	97
INSULIN.....	30	<i>trimipramine</i> .....	139	<i>tyblume</i> .....	129
TRADJENTA .....	27	TRINTELLIX .....	139	TYBOST .....	106
<i>tramadol</i> .....	111	<i>tri-nymyo</i> .....	129	TYENNE .....	92
<i>tramadol-acetaminophen</i> .	111	<i>tri-sprintec (28)</i> .....	129	TYENNE AUTOINJECTOR	92
<i>trandolapril</i> .....	55	TRIUMEQ .....	147	TYMLOS .....	58
<i>tranexamic acid</i> .....	197	TRIUMEQ PD .....	147	TYPHIM VI .....	97
<i>tranylcypromine</i> .....	139	<i>trivora (28)</i> .....	129	TYVASO.....	106
TRAVASOL 10 % .....	44	<i>tri-vylibra</i> .....	129	U	
<i>travoprost</i> .....	99	<i>tri-vylibra lo</i> .....	129	UBRELVY .....	32

UDENYCA ONBODY .....	200	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR.....	191, 192	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE .....	194
ULTICARE .....	186, 187	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL .....	192	VANISHPOINT SYRINGE	194
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	186	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES .....	192	VAQTA (PF) .....	97, 98
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) .....	186	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE .....	192	<i>varenicline tartrate</i> .....	23
ULTICARE PEN NEEDLE .....	186, 187	UNIFINE OTC PEN NEEDLE .....	192	VARIVAX (PF).....	98
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE .....	187	UNIFINE PENTIPS .....	192	VAXCHORA VACCINE .....	98
ULTIGUARD SAFEPAK- INSULIN SYR.....	187, 188	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW .....	192	<i>velivet triphasic regimen (28)</i> .....	130
ULTIGUARD SAFEPAK- PEN NEEDLE.....	187, 188	UNIFINE PENTIPS PLUS	193	VELTASSA .....	77
ULTILET ALCOHOL SWAB .....	188	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW .....	193	VEMLIDY .....	147
ULTILET INSULIN SYRINGE .....	170, 188	UNIFINE PROTECT.....	193	VENCLEXTA.....	20
ULTILET PEN NEEDLE ...	188	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE .....	193	VENCLEXTA STARTING PACK.....	20
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT).....	168, 180	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	193, 194	<i>venlafaxine</i> .....	139
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....	168, 188, 189	UPTRAVI .....	106, 107	<i>venlafaxine besylate</i> .....	139
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) .....	189	<i>ursodiol</i> .....	77	VEOZAH .....	106
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	190	<i>ustekinumab-aauz</i> .....	92	<i>verapamil</i> .....	48
ULTRA FLO PEN NEEDLE .....	189	UZEDY .....	42, 43	VERIFINE INSULIN SYRINGE .....	194, 195
ULTRA THIN PEN NEEDLE .....	190	V		VERIFINE PEN NEEDLE	194
ULTRACARE INSULIN SYRINGE.....	190	<i>valacyclovir</i> .....	149	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE .....	194
ULTRACARE PEN NEEDLE .....	190, 191	VALCHLOR.....	73	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE-SHARP .....	195
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT).....	191	<i>valganciclovir</i> .....	149	VERQUOVO .....	49
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE.....	191	<i>valproate sodium</i> .....	135	VERSACLOZ .....	43
ULTRA-FINE PEN NEEDLE .....	191	<i>valproic acid</i> .....	135	VERSALON .....	195
		<i>valproic acid (as sodium salt)</i> .....	135	VERZENIO.....	20
		<i>valsartan</i> .....	50	<i>vestura (28)</i> .....	130
		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	50	V-GO 20 .....	195
		VALTOCO .....	135	V-GO 30 .....	195
		<i>valtya</i> .....	130	V-GO 40 .....	195
		<i>vancomycin</i> .....	114	<i>vienna</i> .....	130
		VANFLYTA .....	20	<i>vigabatrin</i> .....	135
				<i>vigadrone</i> .....	135
				<i>vigpoder</i> .....	135
				<i>vilazodone</i> .....	139
				VIMKUNYA .....	98
				<i>vinblastine</i> .....	20
				<i>vincasar pfs</i> .....	20
				<i>vincristine</i> .....	20

<i>vinorelbine</i> .....	20	<i>wixela inhub</i> .....	67	YUTREPIA.....	107
<i>viorele (28)</i> .....	130	<b>X</b>		<i>yuvafem</i> .....	82
VIRACEPT.....	147	XALKORI.....	21	<b>Z</b>	
VIREAD.....	147	<i>xarah fe</i> .....	130	<i>zafemy</i> .....	130
<i>virt-c dha</i> .....	204	XARELTO.....	198	<i>zafirlukast</i> .....	67
<i>virt-nate dha</i> .....	204	XARELTO DVT-PE TREAT		<i>zaleplon</i> .....	59
<i>virt-pn dha</i> .....	204	30D START.....	198	<i>zatean-pn dha</i> .....	204
<i>vitafol gummies</i> .....	204	XATMEP.....	21	<i>zatean-pn plus</i> .....	204
<i>vitafol nano</i> .....	204	XCOPRI.....	135	<i>zebutal</i> .....	111
<i>vitafol-ob+dha</i> .....	204	XCOPRI MAINTENANCE		ZEJULA.....	22
VITRAKVI.....	20	PACK.....	135	ZELBORAF.....	22
VIVIMUSTA.....	20	XCOPRI TITRATION PACK		<i>zenatane</i> .....	73
VIVOTIF.....	98	.....	136	ZENPEP.....	201
VIZIMPRO.....	20	XDEMVI.....	102	<i>zidovudine</i> .....	147, 148
VOCABRIA.....	147	XELJANZ.....	92	ZIIHERA.....	22
<i>volnea (28)</i> .....	130	XELJANZ XR.....	92	<i>zingiber</i> .....	204
VONJO.....	20	XERMELO.....	77	<i>ziprasidone hcl</i> .....	43
VOQUEZNA.....	76	XIFAXAN.....	114, 115	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	43
VORANIGO.....	21	XIGDUO XR.....	28	ZIRABEV.....	22
<i>voriconazole</i> .....	141, 142	XIIDRA.....	103	ZIRGAN.....	102
VOSEVI.....	148	XOLAIR.....	66	ZOLADEX.....	22
VOWST.....	106	XOSPATA.....	21	ZOLINZA.....	22
<i>vp-ch-pnv</i> .....	204	XPOVIO.....	21	<i>zolmitriptan</i> .....	32
<i>vp-pnv-dha</i> .....	204	XTANDI.....	21	<i>zolpidem</i> .....	59
VRAYLAR.....	43	<i>xulane</i> .....	130	ZONISADE.....	136
VUMERITY.....	64	XULTOPHY 100/3.6.....	30	<i>zonisamide</i> .....	136
VYALEV.....	36	<b>Y</b>		<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	130
<i>vyfemla (28)</i> .....	130	<i>yargesa</i> .....	201	ZTALMY.....	136
<i>vylibra</i> .....	130	YERVOY.....	22	ZTLIDO.....	112
VYLOY.....	21	YESINTEK.....	92	<i>zumandimine (28)</i> .....	130
VYNDAMAX.....	49	YF-VAX (PF).....	98	ZURZUVAE.....	139
VYZULTA.....	99	YONSA.....	22	ZYDELIG.....	22
<b>W</b>		YUFLYMA(CF).....	93	ZYKADIA.....	22
<i>warfarin</i> .....	198	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-		ZYNLONTA.....	22
WEBCOL.....	195	UC-HS.....	92	ZYNYZ.....	22
WELIREG.....	21	YUFLYMA(CF)		ZYPREXA RELPREVV.....	43
WINREVAIR.....	65	AUTOINJECTOR.....	93		



## **GOLD KIDNEY HEALTH PLAN**

P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802



**[www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com)**

Este formulario fue actualizado el 07/01/2026. 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 (excepto festivos), 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 (excepto festivos), o visite [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

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