

# CCA Health California

CCA Medicare Excel (HMO)

Condados de San Joaquin, Merced y Stanislaus (Plan 001)

Condado de Santa Clara (Plan 002)

## Farmacopea 2024 (Lista de medicamentos cubiertos)



**LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

**H1426\_24\_LOCD\_C | HPMS Approved Formulary File Submission ID 00024328, Número de versión 11**

Esta farmacopea se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de CCA Medicare Excel al 866-333-3530 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes) o visite [ccahealthca.org](http://ccahealthca.org).

**Nota para los miembros existentes:** Esta farmacopea ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

CCA Medicare Excel (HMO) es un plan de salud con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Cuando en esta lista de medicamentos (farmacopea) se utilizan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a CCA Health California. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a CCA Medicare Excel (HMO).

En el estado de California, CCA Health Plans of California, Inc. opera como CCA Health California.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (farmacopea) de nuestro plan que está vigente al 04/01/2024. Para obtener una farmacopea actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para utilizar el beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la farmacopea, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2024 y ocasionalmente durante el año.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-333-3530 (TTY 711), de 8am a 8pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 am a 8pm, de lunes a viernes). La llamada es gratis.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-333-3530 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes). Las llamadas son gratuitas.

Conservaremos en nuestros archivos su solicitud de formatos alternativos y lenguaje especial para el envío de futuros correos. Comuníquese con Servicios al Miembro para cambiar su solicitud de idioma o formato preferidos.

## Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-333-3530 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-333-3530 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-333-3530 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-333-3530 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-333-3530 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-333-3530 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-333-3530 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-333-3530 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-333-3530 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-333-3530 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**:Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-333-3530 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-333-3530 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-333-3530 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-333-3530 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-333-3530 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-333-3530 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-333-3530 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-333-3530 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

**Lao/Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການວ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍວ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-333-3530 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Cambodian:** យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តល់របស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-333-3530 (TTY 711)។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាបកប្រែដែលឥតគិតថ្លៃ។

## Aviso de no discriminación

CCA Health California cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. CCA Health California:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si cree que CCA Health California no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por motivo de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles por correo postal:

CCA Health Plans of California, Inc.  
Member Services Department (Complaints)  
18000 Studebaker Road, Suite 150  
Cerritos, CA 90703  
Teléfono: 866-333-3530 (TTY 711); fax: 866-207-6672

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. A fin de obtener ayuda para comunicarse con el Coordinador de Derechos Civiles, llame a Servicios al Miembro.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o bien, por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## ¿Qué es la farmacopea de CCA Medicare Excel?

Una farmacopea es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por CCA Medicare Excel (HMO) en colaboración con un equipo de proveedores de atención médica, que incluye los tratamientos recetados que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, CCA Medicare Excel cubrirá los medicamentos indicados en nuestra farmacopea, siempre y cuando sean médicamente necesarios, las recetas se surtan en una farmacia de la red de CCA Medicare Excel y se sigan otras reglas del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por CCA Medicare Excel, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

## ¿La farmacopea (lista de medicamentos) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero CCA Medicare Excel puede agregar o eliminar medicamentos en la Lista de medicamentos durante el año, transferirlos a diferentes niveles de costos compartidos o incorporar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

**Cambios que pueden afectarle este año.** En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca incluido en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparezca con el mismo nivel de costos compartidos, o con un costo compartido menor, y con las mismas restricciones o con menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero transferirlo de inmediato a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le informemos con anticipación antes de que realicemos ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.
  - Si hacemos dicho cambio, usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos, también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar detalles en la siguiente sección titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra farmacopea no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo retiraremos de inmediato de nuestra farmacopea y notificaremos a los miembros que lo tomen.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente está incluido en la farmacopea o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o transferirlo a un nivel de costos compartidos diferente, o ambas opciones. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra farmacopea o agregamos restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada en relación con un medicamento, o lo transferimos a un nivel de costos compartidos más alto, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o bien, en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento. En esa ocasión, el miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
  - Si hacemos estos otros cambios, usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos, también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y también puede encontrar detalles en la siguiente sección titulada “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?”.

**Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento.** Por lo general, si toma un medicamento que figura en nuestra farmacopea 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto según lo descrito anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán estando disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, tales cambios lo afectarían, y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

La farmacopea adjunta está vigente a partir del 04/01/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Excel, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada.

## ¿Cómo utilizo la farmacopea?

Existen dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la farmacopea:

### Enfermedad

La farmacopea comienza en la página 3. Los medicamentos de esta farmacopea se agrupan en categorías según el tipo de enfermedad para cuyo tratamiento se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa el medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 3. Luego busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

### Listado alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, 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; incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

CCA Medicare Excel cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como medicamento que contiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

## ¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** CCA Medicare Excel requiere que usted o su proveedor de atención médica obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de CCA Medicare Excel antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCA Medicare Excel no cubra el medicamento.



- **Límites de cantidad:** para determinados medicamentos, CCA Medicare Excel limita la cantidad que cubrirá. Por ejemplo, CCA Medicare Excel brinda 30 comprimidos por cada receta para 30 días de Rabeprazol 20 mg. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, CCA Medicare Excel requiere que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para la misma enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B sirven para tratar su enfermedad, es posible que CCA Medicare Excel no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le resulta eficaz, CCA Medicare Excel cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales al consultar la farmacopea que comienza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones aplicadas a medicamentos cubiertos específicos si visita nuestro sitio web en [ccahealthca.org](http://ccahealthca.org). Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción a estas restricciones o límites, o bien, que le proporcione una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?” en la página XI para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

Los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) son medicamentos no recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. CCA Medicare Excel paga ciertos medicamentos de venta libre. CCA Medicare Excel le brindará estos medicamentos de venta libre sin costo para usted. El costo para CCA Medicare Excel de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de sus medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para la brecha de cobertura).

<b>Medicamentos OTC cubiertos por CCA Medicare Excel</b>	<b>CONCENTRACIÓN</b>	<b>FORMULACIÓN</b>
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA	10 mg	CÁPSULA
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA	5 mg	COMPRIMIDO MASTICABLE
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA	10 mg	COMPRIMIDO MASTICABLE
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA	5 mg	COMPRIMIDO
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA	10 mg	COMPRIMIDO
CLORHIDRATO DE CETIRIZINA/PSEUDOEFEDRINA	5 mg - 120 mg	COMPRIMIDO DE ACCIÓN PROLONGADA, 12 H
CLORHIDRATO DE FEXOFENADINA	30 mg/5 ml	SUSPENSIÓN ORAL
CLORHIDRATO DE FEXOFENADINA	180 mg	COMPRIMIDO
FEXOFENADINA/PSEUDOEFEDRINA	60 mg - 120 mg	COMPRIMIDO DE ACCIÓN PROLONGADA, 12 H
FEXOFENADINA/PSEUDOEFEDRINA	180 mg - 240 mg	COMPRIMIDO DE ACCIÓN PROLONGADA, 24 H
FUMARATO DE KETOTIFENO	0.03 %	GOTAS
LORATADINA	5 mg/5 ml	SOLUCIÓN
LORATADINA	5 mg	COMPRIMIDO MASTICABLE
LORATADINA	10 mg	COMPRIMIDOS DE RÁPIDA DISOLUCIÓN
LORATADINA	10 mg	COMPRIMIDO

<b>Medicamentos OTC cubiertos por CCA Medicare Excel</b>	<b>CONCENTRACIÓN</b>	<b>FORMULACIÓN</b>
LORATADINA/PSEUDOEFEDRINA	5 mg - 120 mg	COMPRIMIDO DE ACCIÓN PROLONGADA, 12 H
LORATADINA/PSEUDOEFEDRINA	10 mg - 240 mg	COMPRIMIDO DE ACCIÓN PROLONGADA, 24 H
CLORHIDRATO DE OLOPATADINA	0.70 %	GOTAS
PARCHE DE NICOTINA	21-14-7 mg	PARCHE DIARIO, SECUENCIAL
PARCHE DE NICOTINA	14 mg/24 h	PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 H
PARCHE DE NICOTINA	21 mg/24 h	PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 H
PARCHE DE NICOTINA	7 mg/24 h	PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 H
GOMA DE MASCAR DE NICOTINA	2 mg	GOMA DE MASCAR
GOMA DE MASCAR DE NICOTINA	4 mg	GOMA DE MASCAR
COMPRIMIDO DE NICOTINA PARA CHUPAR	2 mg	PASTILLA PARA CHUPAR
COMPRIMIDO DE NICOTINA PARA CHUPAR	4 mg	PASTILLA PARA CHUPAR
CLORHIDRATO DE OLOPATADINA	0.20 %	GOTAS
CLORHIDRATO DE OLOPATADINA	0.10 %	GOTAS

## **¿Qué sucede si mi medicamento no está en la farmacopea?**

Si su medicamento no está incluido en esta farmacopea (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Comuníquese con nosotros para obtener más información. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Si se entera de que CCA Medicare Excel no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CCA Medicare Excel. Cuando reciba la lista, muéstresela a su proveedor de atención médica y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CCA Medicare Excel.
- Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo puedo solicitar una excepción a la farmacopea de CCA Medicare Excel?**

Puede solicitar a CCA Medicare Excel que haga una excepción a las reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no está en nuestra farmacopea. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de costos compartidos y usted no podrá solicitarnos que le proporcionemos el medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.
- Puede solicitarnos que cubramos un medicamento de la farmacopea a un nivel de costos compartidos más bajo. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- Puede solicitarnos que anulemos las restricciones o límites de cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, CCA Medicare Excel limita la cantidad que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que lo anulemos y cubramos una cantidad mayor.

En general, CCA Medicare Excel solamente aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la farmacopea del plan, el medicamento en el nivel más bajo de costos compartidos o las restricciones de utilización adicionales no serían tan eficaces para el tratamiento de su enfermedad o le causarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una excepción a la farmacopea, nivel o restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción a la farmacopea, nivel o restricción de utilización, debe presentar una declaración de la persona que extienda la receta o proveedor de atención médica que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido la declaración de respaldo de la persona que extienda la receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su proveedor de atención médica creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta 72 horas para recibir una decisión. Si se concede su solicitud para acelerar la decisión, debemos darle una resolución a más tardar 24 horas después de recibir una declaración de respaldo de su proveedor u otra persona que extienda la receta.

## **¿Qué hago antes de poder hablar con mi proveedor de atención médica sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?**

Como miembro nuevo o que continúa en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están en nuestra farmacopea. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que está en nuestra farmacopea, pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de poder surtir su receta. Debe hablar con su proveedor para decidir si debe cambiar a un medicamento adecuado que cubramos o solicitar una excepción a la farmacopea para que cubramos el medicamento que toma. Mientras habla con su proveedor para determinar el curso de acción adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante sus primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra farmacopea o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta se emitió por menos días, permitiremos resurtidos para brindar un suministro máximo de hasta 30 días de medicamento. Después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra farmacopea o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero han pasado los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la farmacopea.

Proporcionaremos un suministro de transición de, al menos, 31 días (a menos que la receta indique menos días) para todos los medicamentos que no estén en la farmacopea, incluidos aquellos que puedan tener requisitos de terapia escalonada o autorización previa para un cambio en el nivel de cuidado que no fue previsto. Una transición de nivel de cuidado que no fue prevista podría ser cualquiera de las siguientes:

- un alta o ingreso a un centro de cuidado a largo plazo;
- un alta o ingreso a un hospital; o
- un cambio de nivel especializado en un centro de enfermería.

## **Obtenga más información**

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de CCA Medicare Excel, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre CCA Medicare Excel, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la farmacopea, aparecen en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

## **Farmacopea de CCA Medicare Excel**

La farmacopea que comienza en la página 3 brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por CCA Medicare Excel. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., ENTRESTO) y los medicamentos genéricos están en cursiva minúscula (p. ej., *cefalexina*).

La información en la columna “Requisitos o límites” le indica si CCA Medicare Excel tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

## Costos compartidos de farmacia de CCA Medicare Excel (HMO)

### Condados de San Joaquin, Merced y Stanislaus (Plan 001)

Deducible	\$0	
Copago	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red por suministro para 30 días	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red por suministro para 100 días
Nivel 1	\$0	\$0
Nivel 2	\$0	\$0
Nivel 3	\$30	\$60
Nivel 4	\$100	\$200
Nivel 5	33 %	N/C
Productos de insulina	\$0	\$0
Copago	Farmacia fuera de la red (suministro para 30 días) y de cuidado a largo plazo (suministro para 31 días)	Farmacia fuera de la red y de cuidado a largo plazo por suministro para 100 días
Nivel 1	\$0	N/C
Nivel 2	\$0	N/C
Nivel 3	\$30	N/C
Nivel 4	\$100	N/C
Nivel 5	33 %	N/C
Productos de insulina	\$0	N/C
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> Después de que los costos totales de sus medicamentos recetados alcancen los <b>\$5,030</b> y hasta que sus pagos alcancen los <b>\$8,000</b> , usted paga lo siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para el nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el nivel 2 (medicamentos genéricos) solamente, su copago es de <b>\$0</b> durante la etapa de brecha de cobertura.</li> <li>Para el nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), el nivel 4 (medicamentos no preferidos) y el nivel 5 (medicamentos especializados):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>25 % de los costos de los medicamentos genéricos de la Parte D</li> <li>25 % de los costos de los medicamentos de marca de la Parte D</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Etapa de cobertura en casos de catástrofe</b> Después de la etapa de brecha de cobertura, cuando sus pagos del año son superiores a <b>\$8,000</b> , usted paga lo siguiente:	Costo compartido: \$0	

## Costos compartidos de farmacia de CCA Medicare Excel (HMO)

### Condado de Santa Clara (Plan 002)

Deducible	\$0	
Copago	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red por suministro para 30 días	Costos compartidos de farmacias minoristas y de pedidos por correo dentro de la red por suministro para 100 días
Nivel 1	\$0	\$0
Nivel 2	\$0	\$0
Nivel 3	\$30	\$60
Nivel 4	\$100	\$200
Nivel 5	33 %	N/C
Productos de insulina	\$0	\$0
Copago	Farmacia fuera de la red (suministro para 30 días) y de cuidado a largo plazo (suministro para 31 días)	Farmacia fuera de la red y de cuidado a largo plazo por suministro para 100 días
Nivel 1	\$0	N/C
Nivel 2	\$0	N/C
Nivel 3	\$30	N/C
Nivel 4	\$100	N/C
Nivel 5	33 %	N/C
Productos de insulina	\$0	N/C
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> Después de que los costos totales de sus medicamentos recetados alcancen los <b>\$5,030</b> y hasta que sus pagos alcancen los <b>\$8,000</b> , usted paga lo siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para el nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el nivel 2 (medicamentos genéricos) solamente, su copago es de <b>\$0</b> durante la etapa de brecha de cobertura.</li> <li>Para el nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), el nivel 4 (medicamentos no preferidos) y el nivel 5 (medicamentos especializados):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>25 % de los costos de los medicamentos genéricos de la Parte D</li> <li>25 % de los costos de los medicamentos de marca de la Parte D</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Etapa de cobertura en casos de catástrofe</b> Después de la etapa de brecha de cobertura, cuando sus pagos del año son superiores a <b>\$8,000</b> , usted paga lo siguiente:	Costo compartido: \$0	



## Cobertura de CCA Medicare Excel de medicamentos excluidos por Medicare

Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se considerará para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en casos de catástrofe). Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá dicha ayuda para pagar este medicamento.

<b>Nombres del medicamento</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos/Límites</b>
<i>Comprimido oral de sildenafil 100 mg (Viagra)</i>	2	Límites de cantidad (máximo de 6 comprimidos cada 30 días)
<i>Comprimido oral de sildenafil 50 mg (Viagra)</i>	2	Límites de cantidad (máximo de 6 comprimidos cada 30 días)
<i>Comprimido oral de sildenafil 25 mg (Viagra)</i>	2	Límites de cantidad (máximo de 6 comprimidos cada 30 días)

## Lista de abreviaturas

**CB: Beneficio limitado.** Este medicamento tiene un beneficio máximo.

**EA: Cada uno.**

**EX: Medicamento de la Parte D excluido.** Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El monto que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se considerará para los costos totales de sus medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en casos de catástrofe). Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá dicha ayuda para pagar este medicamento.

**GC: Brecha de cobertura.** Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento recetado durante la brecha de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

**GM: Gramos.**

**ML: Mililitros.**

**NEDS: Suministro diario no extendido.** Puede recibir un suministro para más de 1 mes de la mayoría de los medicamentos de la farmacopea de CCA Medicare Excel en una farmacia minorista o por pedido por correo. Los medicamentos indicados con “NEDS” se limitan a un suministro de 1 mes tanto para venta minorista como para pedido por correo.

**PA: Aprobación previa (o autorización previa).** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que extienda la receta deben obtener la aprobación de CCA Medicare Excel antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCA Medicare Excel no cubra el medicamento.

**BvD: Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D.** Este medicamento puede cumplir con los requisitos para el pago en virtud de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted o su proveedor deben obtener una autorización previa de CCA Medicare Excel para que se determine que este medicamento está cubierto en virtud de la Parte D de Medicare antes de surtir su receta. Sin la aprobación previa, es posible que CCA Medicare Excel no cubra este medicamento.

**PA\_NSO: Restricción de autorización previa solo para personas que empiezan a tomar un nuevo medicamento.** Si este medicamento es nuevo para usted, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de CCA Medicare Excel antes de surtir su receta. Sin la aprobación previa, es posible que CCA Medicare Excel no cubra este medicamento.

**QL: Límite de cantidad.** Para algunos medicamentos, CCA Medicare Excel limita la cantidad que puede obtener. Por ejemplo, CCA Medicare Excel brinda 30 comprimidos por cada receta para 30 días de Rabeprazol 20 mg.

**ST: Terapia escalonada.** Para algunos medicamentos, CCA Medicare Excel requiere que usted realice una terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para sus enfermedades. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el proveedor de atención médica considera que el primer medicamento no funciona para usted, cubriremos el segundo.

**ST\_NSO: Terapia escalonada solo para personas que empiezan a tomar un nuevo medicamento.** Si este medicamento es nuevo para usted, primero debe probar determinados medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para la misma enfermedad.

## Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer .....	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias .....	18
Agentes Antiansiedad .....	19
Agentes Antidemencia .....	20
Agentes Antidiabetico .....	21
Agentes Antigota .....	26
Agentes Antimigraña .....	27
Agentes Antinausea .....	28
Agentes Antiparasitarios .....	30
Agentes Antiparkinson .....	31
Agentes Antipsicóticos .....	33
Agentes Calóricos .....	39
Agentes Cardiovasculares .....	41
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....	53
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica .....	54
Agentes De Trastorno De Sueño .....	55
Agentes Del Sistema Nervioso Central .....	56
Agentes Del Tracto Respiratorio .....	61
Agentes Dentales Y Orales .....	66
Agentes Dermatológicos .....	66
Agentes Gastrointestinales .....	72
Agentes Genitourinarios .....	76
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....	77
Agentes Inmunológicos .....	83
Agentes Oftálmicos .....	95
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta .....	96
Agentes Terapeuticos Misceláneos .....	101
Agentes Vasodilatadores .....	103
Analgésicos .....	104
Anestésicos .....	109
Antagonistas De Metales Pesados .....	110
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa) .....	110
Antibacterianos .....	111
Anticonceptivos .....	118
Anticonvulsivos .....	127
Antidepresivos .....	132

Antifúngicos.....	135
Antihistamínicos.....	137
Antimicobacteriales.....	138
Antivirales (Sitémico).....	139
Dispositivos.....	146
Preparaciones De Reemplazo.....	190
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen.....	192
Reemplazo/Modificadores De Enzima.....	197
Relajantes Musculares Esqueléticos.....	198
Vitaminas Y Minerales.....	198

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

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>
BENDAMUSTINE (Bendeka) INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
BENDEKA INTRAVENOUS (bendamustine) SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NEDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NEDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	GC
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	GC
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NEDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	5	PA NSO; NEDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 (vandetanib) MG	5	PA NSO; NEDS; 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>
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NEDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NEDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NEDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BVD; NEDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BVD; NEDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BVD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BVD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NEDS
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BVD; GC
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	5	PA BVD; NEDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL OUTER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NEDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NEDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NEDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	3	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NEDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NEDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	GC
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NEDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BVD; NEDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA BVD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BVD; GC
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BVD; GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NEDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NEDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (lomustine) 10 MG, 100 MG, 40 MG	4	

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>
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NEDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NEDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	GC
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	3	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	3	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NEDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NEDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NEDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NEDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NEDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NEDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NEDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	3	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NEDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NEDS

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 (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NEDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NEDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NEDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NEDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NEDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NEDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	GC
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BVD; ST; GC

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>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NEDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NEDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NEDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NEDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NEDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NEDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BVD; NEDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NEDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NEDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NEDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NEDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NEDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NEDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NEDS

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>
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (224 per 28 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NEDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NEDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NEDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	GC
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NEDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NEDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NEDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (64 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NEDS

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>
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NEDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
VELCADE INJECTION RECON (bortezomib) SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NEDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NEDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NEDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NEDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml</i>	3	
<i>vinorelbine intravenous solution 50 mg/5 ml</i>	2	GC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BVD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NEDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NEDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NEDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NEDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NEDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NEDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NEDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NEDS; 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 (drlec) 333 mg</i>	3	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	4	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	4	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC

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>
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml</i>	3	
<i>naloxone injection syringe 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	GC
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	ST; QL (2688 per 365 days)
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	ST; QL (240 per 180 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	3	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	3	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11) - 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	3	
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; NEDS; QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	4	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>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	3	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml vial 25's, outer</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	2	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; NEDS; QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; NEDS; QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	3	
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	3	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i> (Namenda XR)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	3	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 5 mg</i> (Namenda)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour</i> (Exelon Patch)	3	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidiabetico</b>		
<b>Agentes Antidiabeticos, Varios</b>		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Precose)	2	GC; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	3	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KORLYM ORAL TABLET 300 (mifepristone) MG	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA NSO; QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA NSO; QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA NSO; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NEDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NEDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapaglifloz propaned- metformin) 3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, (dapaglifloz propaned- IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 metformin) MG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	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)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> (Novolog Mix 70-30 U- <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> 100 Insulin) (70-30)	2	GC; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog PenFill U- <i>cartridge 100 unit/ml</i> 100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog FlexPen U- <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> 100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> (Novolog U-100 <i>solution 100 unit/ml</i> Insulin aspart)	2	GC; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70- 30)	3	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>
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
SOLQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	3	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 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>
<b>Sulfonilureas</b>		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg (Glynase)</i>	1	GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC
<b>Agentes Antigota</b>		
<b>Agentes Antigota, Otros</b>		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)</i>	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg (Colcris)</i>	2	PA; GC; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)</i>	4	ST; QL (30 per 30 days)
<b>MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)</b>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	5	NEDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NEDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	GC; QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	3	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	3	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	3	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	4	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	GC; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (6 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BVD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	3	PA BVD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	3	PA BVD; 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>
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	3	PA BVD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	3	PA BVD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	3	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	4	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)	5	PA BVD; NEDS; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	3	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	2	GC
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	3	PA BVD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	2	GC
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	3	PA BVD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BVD; GC
<i>ondansetron oral tablet, disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	2	PA BVD; GC

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>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	2	GC
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	3	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Phenergan)	3	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (Promethegan)	3	
<i>promethazine rectal suppository 50 mg</i> (Promethegan)	4	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	3	
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	4	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NEDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Meproon)	3	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	GC
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NEDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	3	
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	

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>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NEDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	3	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	3	PA BVD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NEDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; GC; QL (42 per 7 days)
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	4	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 75) <i>tablet 18.75-75-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 100) <i>tablet 25-100-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 125) <i>tablet 31.25-125-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 150) <i>tablet 37.5-150-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral</i> (Stalevo 200) <i>tablet 50-200-200 mg</i>	2	GC
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i> (Comtan)	3	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NEDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NEDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NEDS
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	4	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	3	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	4	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NEDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NEDS; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5	NEDS; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5	NEDS; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5	NEDS; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	3	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine 25 mg/ml amp 25's, outer</i>	3	
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	4	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	2	GC
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 150 mg</i>	4	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet, disintegrating 200 mg</i>	5	ST; NEDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	ST; NEDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	3	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	3	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml)</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml (1ml)</i>	3	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	3	

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>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NEDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NEDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NEDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NEDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NEDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NEDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NEDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NEDS; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NEDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NEDS; QL (2.63 per 70 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>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	5	NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	5	NEDS; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	GC; QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	3	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	GC
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	GC
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	4	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	4	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NEDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	3	

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>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NEDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NEDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	3	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension, extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	5	NEDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	4	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NEDS; QL (0.28 per 28 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NEDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NEDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NEDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NEDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NEDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NEDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NEDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg,</i> (Geodon) <i>40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>ziprasidone mesylate intramuscular</i> (Geodon) <i>recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	3	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NEDS; 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
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NEDS; QL (1 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BVD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BVD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BVD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BVD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BVD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BVD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BVD

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 E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BVD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BVD
<i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BVD; GC
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	3	
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	3	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BVD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BVD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BVD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BVD

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BVD
<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	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	GC
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml</i> (Vazculep)	2	GC
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Minipress)	2	GC
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	2	GC
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i> (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i> (Norpace)	3	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	2	GC
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	2	GC

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>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2%), 50 mg/5 ml (1%)</i>	1	GC
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	2	GC
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	2	GC
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	2	GC
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	2	GC
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	3	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg</i>	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	2	GC
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	1	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	GC
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	GC

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>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	GC
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	GC
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	GC
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	4	
<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)	2	GC
<i>diltiazem 25 mg/5 ml vial sdv,inner 5 mg/ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylyt ER)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	GC
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>tiadylyt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	4	

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>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	2	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	3	
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	3	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	GC
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	3	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	3	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NEDS; 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>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NEDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NEDS; QL (18 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; 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	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	GC
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	GC
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	1	GC

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>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	GC
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	1	GC
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	1	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	GC
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	1	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	4	
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-10 mg, 5-10 mg	1	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> (Caduet) 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet</i> 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	1	GC
<i>atorvastatin oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i> 4 gram (Questran)	2	GC
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i> 4 gram (cholestyramine-aspartame)	2	GC
<i>colesevelam oral powder in packet</i> 3.75 gram (WelChol)	4	
<i>colesevelam oral tablet</i> 625 mg (WelChol)	2	GC
<i>colestipol oral packet</i> 5 gram (Colestid)	3	
<i>colestipol oral tablet</i> 1 gram (Colestid)	2	GC
<i>ezetimibe oral tablet</i> 10 mg (Zetia)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-10 mg (Vytorin 10-10)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-20 mg (Vytorin 10-20)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-40 mg (Vytorin 10-40)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i> 10-80 mg (Vytorin 10-80)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i> 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg	2	GC
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet</i> 145 mg, 48 mg (Tricor)	2	GC
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg, 54 mg	2	GC
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(drlec)</i> 135 mg, 45 mg (Trilipix)	2	GC

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>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	GC
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	4	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; GC; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	GC
<i>bumetanide 2.5 mg/10 ml vial mdv, inner 0.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	GC
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soanz)	2	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	GC

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>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	GC
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	1	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	GC
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	3	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	GC
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC

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>isosorbide-hydralazine oral tablet</i> (BiDil) 20-37.5 mg	3	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	GC
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	GC
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	3	
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NEDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	GC
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	4	
<i>budesonide rectal foam 2 mg/lactuation</i> (Uceris)	3	
<b>DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG</b>	5	ST; NEDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	3	
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	4	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	4	
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 1.2 gram</i> (Lialda)	4	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (drlec) 800 mg</i>	4	
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	3	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	3	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/lactuation</i>	2	GC; QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	GC
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	3	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	3	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	3	QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	4	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	GC; QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NEDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	4	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	4	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	4	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>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (drlec) 35 mg</i> (Atelvia)	4	QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	3	QL (2.48 per 28 days)
<b>TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)</b>	3	QL (1.56 per 30 days)
<b>XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)</b>	5	PA; NEDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	4	
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	GC; QL (100 per 300 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)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<b>BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</b>	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NEDS; QL (540 per 30 days)
<b>SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG</b>	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NEDS; 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>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<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> (Strattera)	3	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	3	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NEDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; NEDS; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	5	PA; NEDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NEDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i> (Cafcit)	2	PA BVD; GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	GC
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NEDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i> (Zenzedi)	4	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg</i> (Zenzedi)	4	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 30 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i> (Adderall XR)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Adderall)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 120 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NEDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i> (Tecfidera)	5	PA; NEDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release (drlec) 240 mg</i> (Tecfidera)	5	PA; NEDS; 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>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i> (Gilenya)	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	2	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (Copaxone)	5	PA; NEDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	5	PA; NEDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	2	GC
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NEDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	GC
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	GC
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS

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>
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NEDS
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	3	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 18 mg, 27 mg,</i> <i>54 mg</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> (Concerta) <i>extended release 24hr 36 mg</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i> <i>extended release 24hr 36 mg (bx</i> <i>rating)</i>	3	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	GC; QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7</i> (Aubagio) <i>mg</i>	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg,</i> (Xenazine) <i>25 mg</i>	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NEDS; 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
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine intravenous solution</i> (Acetadote) 200 mg/ml (20%)	2	GC
<i>acetylcysteine solution</i> 100 mg/ml (10%), 200 mg/ml (20%)	2	PA BVD; GC
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NEDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NEDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization</i> 20 mg/2 ml	2	PA BVD; GC
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NEDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NEDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NEDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NEDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NEDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NEDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BVD; NEDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BVD; NEDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NEDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NEDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NEDS

Puede encontrar información sobre qué significan 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>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>		
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	2	GC; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	3	PA BVD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	3	PA BVD; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyna)	2	GC; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i> (Wixela Inhub)	2	GC; QL (60 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(fluticasone propion-salmeterol)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<b>Antileucotrinos</b>			
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	1	GC
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	1	GC
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Accolate)	4	
<b>Broncodilatadores</b>			
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		3	QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	(Proventil HFA)	2	GC; QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>		2	GC; QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>		2	GC; QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)</i>		2	PA BVD; GC; QL (360 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml</i>		2	PA BVD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml</i>		2	GC
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg</i>		2	GC
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION		3	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION		4	QL (25.8 per 28 days)

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>
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BVD; GC; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BVD; GC; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	GC; QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	3	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	3	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<b>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	GC
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	GC
<b>KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 %</b> (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>perio gard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	GC
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	GC
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	3	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	2	GC
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	2	GC
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	3	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	3	QL (120 per 30 days)
<b>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</b>	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	GC
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>fluocinonide-emollient topical cream</i> (Fluocinonide-E) 0.05 %	2	GC
<i>fluticasone propionate topical cream</i> 0.05 %	2	GC
<i>fluticasone propionate topical ointment</i> 0.005 %	2	GC
<i>halobetasol propionate topical cream</i> 0.05 %	2	GC
<i>halobetasol propionate topical ointment</i> 0.05 %	2	GC
<i>hydrocortisone</i> 2.5% cream	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical solution</i> 0.1 %	4	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream</i> 1 % (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (Proctosol HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion</i> 2.5 %	2	GC
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 1 % (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment</i> 2.5 %	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream</i> 0.2 %	2	GC
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment</i> 1 %	1	GC
<i>mometasone topical cream</i> 0.1 %	2	GC
<i>mometasone topical ointment</i> 0.1 %	2	GC
<i>mometasone topical solution</i> 0.1 %	2	GC
<i>pimecrolimus topical cream</i> 1 % (Elidel)	4	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment</i> 0.1 %	2	GC
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (hydrocortisone)	2	GC
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator</i> 2.5 % (hydrocortisone)	2	GC
<i>tacrolimus topical ointment</i> 0.03 %, 0.1 %	3	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream</i> 0.025 %	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	GC
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	GC
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	3	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	4	QL (30 per 30 days)
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	GC
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	GC
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	3	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	GC
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY, MEDIUM (alcohol swabs)	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NEDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	GC

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>fluorouracil topical solution 2 %</i>	2	GC
<i>fluorouracil topical solution 5 %</i>	4	
HEB INCONTROL ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES (alcohol swabs)	1	GC
KENDALL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PREP PAD	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liqd-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NEDS
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (Rectiv) (w/w)</i>	3	QL (30 per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	GC
PRO COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
RA ISOPROPYL ALCOHOL (alcohol swabs) 70% WIPES	1	GC
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) 70% PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO (alcohol swabs) ALCOHOL PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NEDS

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>
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE (alcohol swabs)	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg (isotretinoin)	2	GC
zenatane oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	3	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
clindamycin phosphate topical solution 1 % (Cleocin T)	2	GC; QL (180 per 30 days)
clindamycin phosphate topical swab 1 % (Clindacin ETZ)	2	GC
clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 % (Neuac)	2	GC
ery pads topical swab 2 % (erythromycin with ethanol)	2	GC
erythromycin with ethanol topical gel 2 % (Erygel)	4	QL (180 per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	GC; QL (180 per 30 days)
gentamicin topical cream 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	2	GC; QL (120 per 30 days)
metronidazole topical cream 0.75 % (Rosadan)	2	GC
metronidazole topical gel 0.75 % (Rosadan)	2	GC
metronidazole topical gel 1 % (Metrogel)	4	
metronidazole topical lotion 0.75 % (MetroLotion)	4	
mupirocin topical ointment 2 % (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml	2	GC
rosadan topical cream 0.75 % (metronidazole)	2	GC
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	2	GC
silver sulfadiazine topical cream 1 % (SSD)	2	GC
ssd topical cream 1 % (silver sulfadiazine)	4	
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 % (Klaron)	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	4	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	4	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	GC
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	3	
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	4	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Nexium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Nexium)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	3	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	3	ST; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	GC
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	2	GC

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>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(drlec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(drlec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	GC
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (drlec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (drlec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	GC
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NEDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	3	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i> (Lomotil) 2.5-0.025 mg	2	GC
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NEDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	GC
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	GC
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	4	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NEDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NEDS

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>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	GC
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	3	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	GC
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NEDS; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	GC
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	GC
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	3	
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	3	
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72- 6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	3	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- 6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	3	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	3	

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>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	GC
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NEDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	GC
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	GC
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	GC
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	GC
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	3	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; GC; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/1.25 gram (1%)</i> (Vogelxo)	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62%)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	4	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/lapp 30 mg/lactuation (1.5 ml)</i>	4	PA; QL (180 per 30 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites	
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)	
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>			
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	(estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG		3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	(Estrace)	1	GC
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Dotti)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	(Climara)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i>	(Estrace)	2	GC
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	(Yuvafem)	4	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Delestrogen)	4	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	(Amabelz)	2	GC
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR		4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>lyllana transdermal patch</i> (estradiol) <i>semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i>	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	GC
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET (conjugated estrogens) 0.625 MG, 1.25 MG	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	GC
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	4	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoides</b>		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	2	GC
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC

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>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	2	GC
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	GC
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	GC
<i>methylprednisolone 200 mg/5 ml muv 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone 400 mg/5 ml muv 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	3	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablets, dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BVD; GC
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BVD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	PA BVD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BVD; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	PA BVD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BVD; GC
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	GC
<b>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML</b>	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	GC
<b>Pituitario</b>		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NEDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NEDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	3	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	4	
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	3	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	GC
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NEDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NEDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NEDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NEDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NEDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	3	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i> (Sandostatin)	3	

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>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) 500 mcg/ml	5	NEDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)	3	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NEDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NEDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NEDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NEDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NEDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NEDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NEDS
<b>Progestinas</b>		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	4	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension</i> (Depo-Provera) 150 mg/ml	2	GC; QL (1 per 84 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>medroxyprogesterone intramuscular (Depo-Provera) syringe 150 mg/ml</i>	2	GC; QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 (Provera) mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	GC
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	4	
<i>progesterone micronized oral (Prometrium) capsule 100 mg, 200 mg</i>	2	GC
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NEDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NEDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NEDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NEDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	4	PA BVD
<i>azathioprine oral tablet 50 mg (Imuran)</i>	2	PA BVD; GC
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BVD; GC
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NEDS; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NEDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NEDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NEDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NEDS
<i>cyclosporine intravenous solution</i> (Sandimmune) 250 mg/5 ml	2	PA BVD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> (Gengraf) 100 mg, 25 mg	2	PA BVD; GC
<i>cyclosporine modified oral capsule</i> 50 mg	2	PA BVD; GC
<i>cyclosporine modified oral solution</i> (Gengraf) 100 mg/ml	3	PA BVD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25</i> (Sandimmune) <i>mg</i>	3	PA BVD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NEDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	5	PA; NEDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	5	PA; NEDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5	PA; NEDS

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>
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NEDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5	PA; NEDS
<i>everolimus (immunosuppressive)</i> (Zortress) <i>oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	5	PA BVD; NEDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BVD; NEDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	5	PA; NEDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5	PA BVD; NEDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5	PA BVD; NEDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BVD; NEDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BVD; NEDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BVD; GC
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	3	PA BVD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS

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>
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NEDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NEDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NEDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NEDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NEDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	GC
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BVD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BVD; GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BVD; NEDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BVD; GC
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (drlec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	4	PA BVD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BVD; NEDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BVD; NEDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NEDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NEDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NEDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NEDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; NEDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (19)	5	PA; NEDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BVD; NEDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BVD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BVD; 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
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NEDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NEDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NEDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BVD; NEDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	3	PA BVD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NEDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NEDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NEDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NEDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NEDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BVD; GC
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NEDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NEDS
TREMIFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NEDS
TREMIFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NEDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; LA; NEDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NEDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NEDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NEDS
<b>Vacunas</b>		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BVD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BVD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	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>
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BVD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BVD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	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>
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4- 4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3- 4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BVD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BVD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BVD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 toxoids-td) ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI (typhoid vi polysacch INTRAMUSCULAR SYRINGE vaccine) 25 MCG/0.5 ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	GC
AZOPT OPTHALMIC (EYE) (brinzolamide) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	GC
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Alphagan P)	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	2	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i> (Combigan)	4	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	GC
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	2	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i> (Cosopt)	2	GC
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i> (Xalatan)	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	GC
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1- 0.2 %	3	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	3	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	4	QL (2.5 per 25 days)
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta</b>		
<b>Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	2	GC
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic</i> (Polycin) <i>(eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	3	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	GC; QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	3	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	3	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	4	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	GC
<b>NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %</b>	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	3	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	3	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (neomycin-bacitracin-poly-hc)	2	GC

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>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin)	2	GC
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox)	2	GC
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>		2	GC
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b)	2	GC
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit-1 mg/ml</i>		1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>		2	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>		2	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>		2	GC
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>		2	GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>		2	GC
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>		3	
<b>ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %</b>		4	
<b>ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %</b>		3	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>			
<b>ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %</b>	(loteprednol etabonate)	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa)	3	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i>	(BromSite)	3	
<b>BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %</b>	(bromfenac)	3	

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>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	2	GC
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	4	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	4	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetate oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	3	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	GC
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/lactuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	2	GC; QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	4	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/lactuation</i> (Nasonex 24hr Allergy)	4	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	4	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 % (Eye Allergy Itch Relief)	4	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Alcaine)	2	GC
<b>Agentes Terapeuticos</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS
<i>betaine oral powder</i> 1 gram/scoop (Cystadane)	5	PA; NEDS
<i>bupirone oral tablet</i> 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	GC
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NEDS
<i>diazoxide oral suspension</i> 50 mg/ml (Proglycem)	2	GC
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NEDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NEDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 100 mg	2	GC
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 25 mg (Vistaril)	1	GC

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>hydroxyzine pamoate oral capsule</i> 50 mg	1	GC
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	3	
<i>leucovorin calcium injection solution</i> 10 mg/ml	3	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>levocarnitine (with sugar) oral</i> (Carnitor) <i>solution 100 mg/ml</i>	2	GC
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	2	GC
<i>mesna intravenous solution 100</i> (Mesnex) <i>mg/ml</i>	2	GC
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5	NEDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	5	PA; NEDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i> (Mestinon) <i>60 mg/5 ml</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> <i>30 mg</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i> (Mestinon) <i>60 mg</i>	2	GC
RECTIV RECTAL OINTMENT (nitroglycerin) 0.4 % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NEDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NEDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NEDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	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
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NEDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NEDS; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	2	GC; EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NEDS; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NEDS; QL (240 per 30 days)

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NEDS
<b>Analgésicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 25 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (drlec) 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	GC; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; GC; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram lactuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NEDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	GC
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	4	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	GC
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	GC

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>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	4	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	3	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (drlec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	4	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	2	GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	GC
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	2	GC; NEDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (360 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)	
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	(codeine-butalbital-asa-caff)	3	NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i>	2	GC	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	2	GC	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	(Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>		3	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>		2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>		2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i>	(Ascomp with Codeine)	3	NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NEDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i>	(oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NEDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>		5	PA; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>		3	PA; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>		3	NEDS; QL (10 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	GC; NEDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>		3	NEDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		2	GC; NEDS; 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>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg</i>	4	NEDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml (Dilaudid)</i>	2	GC; NEDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)</i>	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; NEDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; NEDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg (methadone)</i>	2	GC; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; NEDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC; NEDS; QL (300 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 15 MG</b>	4	NEDS; QL (180 per 30 days)
<b>MORPHINE ORAL TABLET 30 MG</b>	4	NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)</i>	2	GC; NEDS; 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>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i> (MS Contin)	2	GC; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	3	NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	3	NEDS; QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Roxicodone)	2	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; NEDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i> (Endocet)	2	GC; NEDS; QL (240 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET, ORAL ONLY, EXT. REL. 12 HR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG (oxycodone)	3	NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	3	NEDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	3	NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	5	NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; NEDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	GC; NEDS; QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP, SPRINKL, ER 12HR (DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NEDS; 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
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NEDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	5	NEDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml ampule outer,plf,sdv 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA; GC
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<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)	5	PA; NEDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NEDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	3	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NEDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NEDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NEDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NEDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NEDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NEDS; 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)	4	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i> (Vandazole)	4	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	4	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Antibacterianos</b>		
<b>Aminoglicósidos</b>		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	GC
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NEDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BVD; NEDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BVD; NEDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	3	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	GC
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	GC
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NEDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NEDS

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>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	3	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NEDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	GC
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	3	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohydlm-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	GC
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	3	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	3	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	3	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	3	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NEDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	3	

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>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	3	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	3	
<b>Cefalosporinas</b>		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefactor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	4	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	3	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram</i>	3	
<i>cefazolin injection recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	3	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram</i>	3	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 10 gram, 2 gram</i>	4	

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>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	3	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	GC
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<b>TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG</b>	5	NEDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	3	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	3	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	GC

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>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	3	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NEDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NEDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	4	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	4	
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	3	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	3	
<b>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML</b>	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>nafcillin 1 gml 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	4	
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	3	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	3	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 400 mg/200 ml</i>	3	
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	3	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	4	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	3	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	3	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	GC
<i>moxifloxacin-sod. chloride (iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	3	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml iv vial outer, suv</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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>Tetraciclinas</b>		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	3	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	3	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	GC
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	4	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NEDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC

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>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC	
<i>amethia oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>ashlyna oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desogestrel-estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>balziva (28) oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC

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>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>dasetta 7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>daysee oral tablets, dose pack, 3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiol/le.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Enskyce)	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	GC
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<b>ELLA ORAL TABLET 30 MG</b>		4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	3	QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC

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>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>estarylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	2	GC
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	2	GC
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	4	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC

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>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>l norgestle.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC

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>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	GC
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>luteru (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC

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>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i> (Xulane)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i> (Camila)	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (Aurovela 1.5/30 (21))	2	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (Aurovela 1/20 (21))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (Merzee)	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i> (Tri-Legest Fe)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i> (Tri-Lo-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i> (Tri-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i> (Mili)	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>	2	GC
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (norethindrone-ethin estradiol)	2	GC

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>	2	GC	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg- mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	2	GC	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	2	GC	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol- e.estradiol)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	1	GC

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>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) 1/1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tulana oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tyblume oral tablet, chewable 0.1 mg- 20 mcg</i>		4	
<i>velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/1.125/1.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>vienna oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>vyfemla (28) oral tablet 0.4-35 mcg</i>		2	GC
<i>vylibra oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>wera (28) oral tablet 0.5-35 mcg</i>		2	GC
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>zarah oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<b>Anticonvulsivos</b>			
<b>Anticonvulsivos</b>			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		5	ST; NEDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		3	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		3	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	2	GC
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	3	

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>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epilex)	2	GC
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	2	GC
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	2	GC
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	3	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	3	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5	PA NSO; NEDS; 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>	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed release sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	GC
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	GC
<i>divalproex oral tablet, delayed release (drlec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	GC
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
<i>epilex oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	GC
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	3	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	GC
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	3	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	3	

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>
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NEDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg per 2 ml, 500 mg per 10 ml</i> (Cerebyx)	2	GC
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NEDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NEDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	GC; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	3	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	3	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	3	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	GC
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	3	
<b>NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)</b>	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	3	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	GC
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	GC
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	4	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	ST; NEDS

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>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	3	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	ST; NEDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BVD; NEDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	3	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	GC
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	GC
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NEDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NEDS; 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>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NEDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	2	GC
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	2	GC
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	PA NSO; NEDS; 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	GC
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	4	
<i>amoxapine oral tablet 50 mg</i>	2	GC
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	5	ST; NEDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	2	GC
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	2	GC
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	3	QL (600 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	4	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	4	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	1	GC
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release (drlec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	GC

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>
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	2	GC
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	GC
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	4	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	GC
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	GC
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	GC

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>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NEDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NEDS; QL (14 per 14 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BVD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	3	PA BVD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BVD; NEDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	3	

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>caspofungin intravenous recon soln</i> 70 mg (Cancidas)	5	NEDS
<i>ciclopirox topical cream</i> 0.77 % (Ciclodan)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution</i> 8 % (Ciclodan)	2	GC; QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche</i> 10 mg	2	GC
<i>clotrimazole topical cream</i> 1 % (Antifungal (clotrimazole))	2	GC
<i>clotrimazole topical solution</i> 1 %	2	GC
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i> 1-0.05 %	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream</i> 1 %	4	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback</i> 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i> 10 mg/ml, 40 mg/ml (Diflucan)	3	
<i>fluconazole oral tablet</i> 100 mg, 200 mg (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet</i> 150 mg, 50 mg	2	GC
<i>flucytosine oral capsule</i> 250 mg, 500 mg (Ancobon)	5	NEDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i> 125 mg/5 ml	2	GC
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i> 500 mg	4	
<i>itraconazole oral capsule</i> 100 mg (Sporanox)	2	GC
<i>ketoconazole oral tablet</i> 200 mg	2	GC
<i>ketoconazole topical cream</i> 2 %	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam</i> 2 % (Extina)	4	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo</i> 2 %	2	GC; QL (360 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	3	
<b>NOXAFIL ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG</b>	5	PA; NEDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	GC
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	GC
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	GC
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NEDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (drlec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NEDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BVD; NEDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NEDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	4	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	3	
<i>hydroxyzine 100 mg/2 ml vial sdv 50 mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	GC
<b>Antimicrobianos</b>		
<b>Antimicrobianos</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	GC
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
<b>PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG</b>	4	QL (30 per 30 days)
<b>PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG</b>	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	3	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	4	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NEDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
<b>Antivirales (Sistémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	3	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	GC
APRETUDE (cabotegravir) INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	5	NEDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NEDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	3	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	3	
BIKTARVY ORAL TABLET 30- 120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NEDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NEDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NEDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NEDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300- 300 MG	5	NEDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NEDS

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>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NEDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NEDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NEDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(drlec) 250 mg, 400 mg</i>	3	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NEDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NEDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	2	GC
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	3	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NEDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NEDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	3	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	5	NEDS
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	2	GC
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	4	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	5	NEDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5	NEDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	5	NEDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5	NEDS

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>
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5	NEDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	5	NEDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5	NEDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5	NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5	NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5	NEDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5	NEDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	2	GC
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	2	GC
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	2	GC
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	GC; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	3	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	3	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NEDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	GC

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



<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	4	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	3	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NEDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NEDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NEDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NEDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NEDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NEDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NEDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	GC
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NEDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NEDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NEDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	GC

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NEDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NEDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BVD; NEDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NEDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NEDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NEDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NEDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NEDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NEDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NEDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NEDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NEDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NEDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NEDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NEDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NEDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	4	PA BVD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	3	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	3	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	\$0 copay; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NEDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NEDS; QL (672 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
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NEDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	3	
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NEDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NEDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	4	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BVD; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	PA BVD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	3	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	GC
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	GC
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	3	

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<b>Dispositivos</b>		
<b>Dispositivos</b>		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE- USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
1ST TIER UNIFINE PNTIP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	2
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2

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

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

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 PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE (pen needle, diabetic, 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	GC
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
BD ECLIPSE 30GX1/2" (insulin syringe-needle SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	GC
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR u-100) RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML (insulin syringe-needle 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X u-100) 5/8"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	2	GC
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	2	GC
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC

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>
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD UF MICRO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
BD UF MINI PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
BD UF NANO PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
BD UF ORIG PEN NDL (pen needle, diabetic) 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD UF SHORT PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD VEO INS SYRING 1 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
BD VEO INS SYRN 0.3 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
BD VEO INS SYRN 0.5 ML (insulin syringe-needle 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X (gauze bandage) 2 "	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 30G 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	GC

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

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

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

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"	2	GC
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	GC
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 (gauze bandage) X 2 "	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 (gauze bandage) PLY) 2 X 2 "	1	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	GC
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12.5MM 1 ML 29 GAUGE u-100) X 1/2"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE u-100) X 1/2"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
DROPLET INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
DROPLET MICRON 34G X 9/64" 34 GAUGE X 9/64"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
DROPLET PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	GC

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

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

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



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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR (insulin syringe-needle 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 u-100) ML 31 GAUGE X 5/16	2	GC
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 (insulin syringe-needle ML RETRACTABLE 1 ML 30 u-100) GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC

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

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 UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	2	GC
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE (Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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>
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	

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

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 1 ML (BD Eclipse Luer-Lok) 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML (Advocate Syringes) 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	2	GC
INSULIN SYRINGE 1 ML (Sure Comfort Insulin Syringe) 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Ultilet Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Comfort EZ Insulin Syringe) U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSULIN SYRINGE-NEEDLE (Monoject Syringe) U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	2	GC
INSUPEN 30G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN 31G ULTRAFIN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN 32G 6MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
INSUPEN 32G 8MM PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
INSUPEN PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "	1	GC
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN (pen needle, diabetic) NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"	2	GC
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"	2	GC
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"	2	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC

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>
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	GC
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	2	GC
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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 INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable)) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
NOVOFINE 30 NEEDLE	2	GC
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	2	GC
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	GC
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

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>
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM (pen needle, diabetic) NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 5MM (Embrace Pen Needle) OUTER 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G 8MM (CareFine Pen Needle) INNER 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/16"	2	GC
PEN NEEDLE, DIABETIC (1st Tier Unifine NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" Pentips Plus)	2	GC
PEN NEEDLES 12MM 29G (pen needle, diabetic) 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 5/32"	2	GC
PEN NEEDLES 6MM 31G (1st Tier Unifine 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X Pentips) 1/4"	2	GC
PEN NEEDLES 8MM 31G (pen needle, diabetic) 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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 SYRNG 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL (pen needle, diabetic, 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
PURE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle)	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X Syringe UF) 15/64"	2	GC
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Utilelet Insulin Syringe) 1/2 ML 29	2	GC

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>
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	GC
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	GC
RELION PEN NEEDLES (pen needle, diabetic) NEEDLE 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 31G (Comfort EZ PRO 4MM 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	2	GC
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	GC
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE COMFORT PEN ND 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN ND 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN ND 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN ND 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE COMFORT PEN ND 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC

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 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 15/64"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) 2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety) 2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) 2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) 2	GC

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 PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
ULTICAR INS 0.3 ML (insulin syr/ndl u100 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE half mark) X 1/4"	2	GC
ULTICARE INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX1/4" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 1/4"	2	GC

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

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

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE PACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

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>
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE	2	GC
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC

Puede encontrar información sobre qué significan 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)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC

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

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 32GX5/32" (pen needle, diabetic) 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" (pen needle, diabetic) 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
UNIFINE PENTIPS MAX (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PENTIPS PLUS (pen needle, diabetic) 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC

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

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G (insulin syringe-needle 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
VERIFINE SYRING 1 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	GC
V-GO 20 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
V-GO 40 DEVICE	3	QL (30 per 30 days)
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	2	GC
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	3	
<i>electrolyte-148 intravenous (Plasma-Lyte 148) parenteral solution</i>	4	
ISOLYTE S IV SOLUTION- EXCEL SINGLE USE	4	
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	

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>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	2	GC
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4%), 40 gram/1,000 ml (4%)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4%), 4 gram/100 ml (4%), 4 gram/50 ml (8%)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50%)</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50%)</i>	2	GC
<b>NORMOSOL-M IN 5 % DXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	4	
<b>PLASMA-LYTE A</b> (electrolyte-a) <b>INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BVD; GC
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BVD; GC
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	4	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	2	GC

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>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	GC
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	GC
<i>potassium cl 10 meq/5 ml conc sdv,plf,outer 2 meq/ml</i>	2	PA BVD; GC
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	3	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	3	
<i>sodium chloride 0.9% solution viaflex, single use</i>	2	GC
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	GC
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	GC
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	

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>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>tranexamic acid intravenous solution (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	2	GC
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	3	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule (Pradaxa) 110 mg, 150 mg, 75 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution (Lovenox) 300 mg/3 ml</i>	3	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	3	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	3	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml (Lovenox)</i>	3	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml (Lovenox)</i>	3	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml (Lovenox)</i>	3	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 10 mg/0.8 ml</i>	5	NEDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml</i>	3	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 5 mg/0.4 ml</i>	5	NEDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NEDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	GC

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

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

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>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	GC
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<b>Modificadores De Formación De Sangre</b>		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NEDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NEDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NEDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NEDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NEDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NEDS

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>
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NEDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NEDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NEDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NEDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NEDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NEDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NEDS

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

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NEDS
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NEDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NEDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NEDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NEDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NEDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NEDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BVD; NEDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NEDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA; NEDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NEDS; QL (90 per 30 days)

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



Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 - 14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	4	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)</i>	4	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg (dantrolene)</i>	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)</i>	2	GC
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	GC
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	GC
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg - 200 mg</i>	2	GC
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC

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>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	GC
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	2	GC
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	GC
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	GC
<i>obstetrix dha oral combo pack, tablet and cap, dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	GC
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	2	GC
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>pnv prenatal plus multivit tab (pnv,calcium 72-iron-gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg folic acid)</i>	2	GC
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	GC
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	GC

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>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	GC	
<i>prenal true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	2	GC	
<i>prenaisance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	GC	
<i>prenaisance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	GC	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	GC	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	GC	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	GC
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	GC	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	GC	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	GC	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	GC	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	GC	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>vinate care oral tablet, chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	GC
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	GC
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	GC
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron-1 mg-200 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	GC

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

## ÍNDICE

1ST TIER UNIFINE PENTIPS.....	146	ADVOCATE PEN NEEDLE .....	147	<i>ambrisentan</i> .....	103
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	146	ADVOCATE SYRINGES .....	146, 147	<i>amethia</i> .....	119
<i>abacavir</i> .....	139	<i>afirmelle</i> .....	118	<i>amiloride</i> .....	50
<i>abacavir-lamivudine</i> .....	139	AIRSUPRA.....	64	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ..	50
ABELCET.....	135	AJOVY AUTOINJECTOR....	27	<i>amiodarone</i> .....	41
<i>abiraterone</i> .....	3	AJOVY SYRINGE.....	27	<i>amitriptyline</i> .....	132
ABOUTTIME PEN NEEDLE.....	146	AKEEGA.....	3	<i>amlodipine</i> .....	47
ABRAXANE.....	3	AKYNZEO (FOSNETUPITANT).....	28	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	48
ABRYSVO.....	89	AKYNZEO (NETUPITANT).....	28	<i>amlodipine-benazepril</i> .....	47
<i>acamprosate</i> .....	18	<i>ala-cort</i> .....	66	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	47
<i>acarbose</i> .....	21	<i>albendazole</i> .....	30	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	47
<i>accutane</i> .....	69	<i>albuterol sulfate</i> .....	64	<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i> ..	47
<i>acebutolol</i> .....	42	<i>alclometasone</i> .....	66	<i>ammonium lactate</i> .....	69
<i>acetaminophen-codeine</i> ... 105, 106		ALCOHOL PADS.....	69	<i>amoxapine</i> .....	132
<i>acetazolamide</i> .....	95	ALCOHOL PREP PADS.....	70	<i>amoxicillin</i> .....	115
<i>acetazolamide sodium</i> .....	95	ALCOHOL PREP SWABS....	69	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	115, 116
<i>acetic acid</i> .....	96	ALCOHOL SWABS.....	69	<i>amphotericin b</i> .....	135
<i>acetylcysteine</i> .....	61	ALCOHOL WIPES.....	70	<i>amphotericin b liposome</i> .....	135
<i>acitretin</i> .....	69	ALECENSA.....	3	<i>ampicillin</i> .....	116
ACTEMRA.....	83	<i>alendronate</i> .....	54	<i>ampicillin sodium</i> .....	116
ACTEMRA ACTPEN.....	83	<i>alfuzosin</i> .....	76	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	116
ACTHAR.....	81	<i>aliskiren</i> .....	52	<i>anagrelide</i> .....	192
ACTHIB (PF).....	89	<i>allopurinol</i> .....	26	<i>anastrozole</i> .....	3
ACTIMMUNE.....	101	<i>alosetron</i> .....	53	ANORO ELLIPTA.....	64
<i>acyclovir</i> .....	69, 145	<i>alprazolam</i> .....	19	<i>apomorphine</i> .....	31
<i>acyclovir sodium</i> .....	145	ALREX.....	98	APONVIE.....	28
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF).....	89	<i>altavera (28)</i> .....	118	<i>apraclonidine</i> .....	100
<i>adapalene</i> .....	72	ALTRENO.....	72	<i>aprepitant</i> .....	28, 29
<i>adefovir</i> .....	145	ALUNBRIG.....	3	APRETUDE.....	139
ADEMPAS.....	103	<i>alyacen 1/35 (28)</i> .....	118	<i>apri</i> .....	119
<i>adrucil</i> .....	3	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i> .....	119	APTIOM.....	127
ADVAIR HFA.....	63	<i>alyq</i> .....	103	APTIVUS.....	139
		<i>amabelz</i> .....	78	AQINJECT PEN NEEDLE.....	147
		<i>amantadine hcl</i> .....	31	<i>aranelle (28)</i> .....	119
				ARCALYST.....	83
				AREXVY (PF).....	90

AREXVY ANTIGEN COMPONENT.....	90	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	56	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE....	149, 150
<i>aripiprazole</i> .....	33	AUVELITY.....	132	BD SAFETYGLIDE SYRINGE.....	149
ARISTADA.....	33	<i>aviane</i> .....	119	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE.....	150
ARISTADA INITIO.....	33	AVONEX.....	56	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	150
<i>armodafinil</i> .....	55	<i>ayuna</i> .....	119	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	150
ARNUITY ELLIPTA.....	63	AYVAKIT.....	3	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	150
<i>ascomp with codeine</i> .....	106	<i>azacitidine</i> .....	3	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE.....	150
<i>asenapine maleate</i> .....	33	<i>azathioprine</i> .....	83	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	150
<i>ashlyna</i> .....	119	<i>azathioprine sodium</i> .....	83	BD VEO INSULIN SYRINGE UF.....	150
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	194	<i>azelastine</i> .....	100	BELSOMRA.....	55
ASSURE ID DUO PRO SFTY PEN NDL.....	147	<i>azithromycin</i> .....	114	<i>benazepril</i> .....	51
ASSURE ID DUO-SHIELD.....	147	AZOPT.....	95	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	51
ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	147, 148	<i>aztreonam</i> .....	112	<i>bendamustine</i> .....	3
ASSURE ID PEN NEEDLE.....	147, 148	<i>azurette (28)</i> .....	119	BENDAMUSTINE.....	4
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE.....	148	<i>bacitracin</i> .....	96	BENDEKA.....	4
ASTAGRAF XL.....	83	<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	96	BENLYSTA.....	83
<i>atazanavir</i> .....	139	<i>baclofen</i> .....	198	<i>benztropine</i> .....	31
<i>atenolol</i> .....	42	<i>bal-care dha</i> .....	198	BESREMI.....	83
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	42	<i>bal-care dha essential</i> .....	198	<i>betaine</i> .....	101
<i>atomoxetine</i> .....	56	<i>balsalazide</i> .....	53	<i>betamethasone acet,sod phos</i> ....	79
<i>atorvastatin</i> .....	48	BALVERSA.....	3	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	66, 67
<i>atovaquone</i> .....	30	<i>balziva (28)</i> .....	119	<i>betamethasone valerate</i> .....	67
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	30	BCG VACCINE, LIVE (PF)..	90	<i>betamethasone, augmented</i> .....	67
<i>atropine</i> .....	100	BD ALCOHOL SWABS.....	69	BETASERON.....	56
ATROVENT HFA.....	64	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE.....	148	<i>betaxolol</i> .....	42
<i>aubra eq</i> .....	119	BD ECLIPSE LUER-LOK... ..	148, 149	<i>bethanechol chloride</i> .....	76
AUGTYRO.....	3	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT).....	148	<i>bexarotene</i> .....	4
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	119	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP.....	149	BEXSERO.....	90
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	119	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	148	<i>bicalutamide</i> .....	4
<i>aurovela 24 fe</i> .....	119	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	148	BICILLIN L-A.....	116
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	119	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	149	BIKTARVY.....	139
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	119				
AUSTEDO.....	56				
AUSTEDO XR.....	56				

<i>bisoprolol fumarate</i> .....	42	<i>caffeine citrate</i> .....	56, 57	<i>cefepime</i> .....	113
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	42	<i>calcipotriene</i> .....	69	<i>cefixime</i> .....	113
<i>bleomycin</i> .....	4	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	54	<i>cefotaxime</i> .....	113
<i>blisovi 24 fe</i> .....	119	<i>calcitriol</i> .....	54	<i>cefoxitin</i> .....	113
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> .....	119	<i>calcium acetate(phosphat</i>		<i>cefpodoxime</i> .....	114
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> .....	119	<i>bind)</i> .....	75	<i>cefprozil</i> .....	114
<b>BOOSTRIX TDAP</b> .....	90	<i>calcium chloride</i> .....	190	<i>ceftazidime</i> .....	114
<b>BORDERED GAUZE</b> .....	150	<b>CALQUENCE</b>		<i>ceftriaxone</i> .....	114
<i>bortezomib</i> .....	4	<b>(ACALABRUTINIB MAL)</b> .....	4	<i>cefuroxime axetil</i> .....	114
<i>bosentan</i> .....	103	<i>camila</i> .....	120	<i>cefuroxime sodium</i> .....	114
<b>BOSULIF</b> .....	4	<i>candesartan</i> .....	46	<i>celecoxib</i> .....	104
<b>BRAFTOVI</b> .....	4	<i>candesartan-</i>		<i>cephalexin</i> .....	114
<b>BREO ELLIPTA</b> .....	63	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	46	<b>CERDELGA</b> .....	197
<i>breyna</i> .....	63	<b>CAPLYTA</b> .....	33	<i>cevimeline</i> .....	66
<b>BREZTRI AEROSPHERE</b> .....	65	<b>CAPRELSA</b> .....	4	<i>chateal eq (28)</i> .....	120
<i>briellyn</i> .....	119	<i>captopril</i> .....	51	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	111
<b>BRILINTA</b> .....	194	<i>carbamazepine</i> .....	127, 128	<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	19
<i>brimonidine</i> .....	95	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	31	<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	66
<i>brimonidine-timolol</i> .....	95	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chloroquine phosphate</i> .....	30
<b>BRIVIACT</b> .....	127	<i>entacapone</i> .....	31, 32	<i>chlorothiazide sodium</i> .....	50
<i>bromfenac</i> .....	98	<b>CAREFINE PEN NEEDLE</b>		<i>chlorpromazine</i> .....	33, 34
<i>bromocriptine</i> .....	31	.....	150, 151	<i>chlorthalidone</i> .....	50
<b>BROMSITE</b> .....	98	<b>CARETOUCH ALCOHOL</b>		<i>chlorzoxazone</i> .....	198
<b>BRONCHITOL</b> .....	61	<b>PREP PAD</b> .....	69	<i>cholestyramine (with sugar)</i> .....	48
<b>BRUKINSA</b> .....	4	<b>CARETOUCH INSULIN</b>		<i>cholestyramine light</i> .....	48
<i>budesonide</i> .....	53, 63	<b>SYRINGE</b> .....	151	<i>ciclopirox</i> .....	136
<i>budesonide-formoterol</i> .....	63	<b>CARETOUCH PEN</b>		<i>cilostazol</i> .....	194
<i>bumetanide</i> .....	50	<b>NEEDLE</b> .....	151	<b>CIMDUO</b> .....	139
<i>buprenorphine hcl</i> .....	18, 106	<i>carglumic acid</i> .....	73	<i>cimetidine hcl</i> .....	72
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	18	<i>carteolol</i> .....	95	<i>cinacalcet</i> .....	54
<i>bupropion hcl</i> .....	132, 133	<i>cartia xt</i> .....	44	<b>CINQAIR</b> .....	61
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> .....	18	<i>carvedilol</i> .....	43	<b>CINRYZE</b> .....	195
<i>buspirone</i> .....	101	<i>casprofungin</i> .....	135, 136	<i>ciprofloxacin</i> .....	117
<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>	106	<b>CAYSTON</b> .....	112	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	96, 117
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> .....	106	<i>caziant (28)</i> .....	120	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> .....	117
<b>CABENUVA</b> .....	139	<i>cefaclor</i> .....	113	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	96
<i>cabergoline</i> .....	31	<i>cefadroxil</i> .....	113	<i>cialopram</i> .....	133
<b>CABLIVI</b> .....	192	<i>cefazolin</i> .....	113	<i>clarithromycin</i> .....	115
<b>CABOMETYX</b> .....	4	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i> .....	113	<b>CLENPIQ</b> .....	75
<i>cabotegravir</i> .....	139	<i>cefdinir</i> .....	113		

CLICKFINE PEN NEEDLE	<i>clonazepam</i> .....	19	CREON.....	197
.....	<i>clonidine</i> .....	41	<i>cromolyn</i> .....	61, 73, 100
<i>clindamycin hcl</i> .....	<i>clonidine hcl</i> .....	41	<i>cryselle (28)</i> .....	120
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ...	<i>clopidogrel</i> .....	194	CURAD GAUZE PAD.....	154
<i>clindamycin pediatric</i> .....	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	19	CURITY ALCOHOL	
<i>clindamycin phosphate</i>	<i>clotrimazole</i> .....	136	SWABS.....	69
.....	<i>clotrimazole-betamethasone</i> ...	136	CURITY GAUZE.....	154
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> ...	<i>clozapine</i> .....	34	<i>cyclobenzaprine</i> .....	198
CLINIMIX 5%/D15W	<i>c-nate dha</i> .....	198	<i>cyclopentolate</i> .....	100
SULFITE FREE.....	COARTEM.....	30	<i>cyclophosphamide</i> .....	5
CLINIMIX 4.25%/D10W	<i>codeine sulfate</i> .....	106	<i>cyclosporine</i> .....	84
SULF FREE.....	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> .....	106	<i>cyclosporine modified</i> .....	84
CLINIMIX 4.25%/D5W	<i>colchicine</i> .....	26	<i>cyproheptadine</i> .....	137
SULFIT FREE.....	<i>colesevelam</i> .....	48	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 5%-	<i>colestipol</i> .....	48	<i>cyred eq</i> .....	120
D20W(SULFITE-FREE).....	<i>colistin (colistimethate na)</i> .....	111	CYSTARAN.....	100
CLINIMIX 6%-D5W	COMBIVENT RESPIMAT...	65	<i>d5 % and 0.9 % sodium</i>	
(SULFITE-FREE).....	COMETRIQ.....	5	<i>chloride</i> .....	190
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ INSULIN		<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i> ..	190
D10W(SULFITE-FREE).....	SYRINGE.....	152, 153, 154	<i>dabigatran etexilate</i> .....	193
CLINIMIX 8%-	COMFORT EZ PEN		<i>dalfampridine</i> .....	57
D14W(SULFITE-FREE).....	NEEDLES.....	152, 153	<i>danazol</i> .....	77
CLINIMIX E 2.75%/D5W	COMFORT EZ PRO		<i>dantrolene</i> .....	198
SULF FREE.....	SAFETY PEN NDL.....	153	DANYELZA.....	5
CLINIMIX E 4.25%/D10W	COMFORT TOUCH PEN		<i>dapsone</i> .....	138
SUL FREE.....	NEEDLE.....	154	DAPTACEL (DTAP	
CLINIMIX E 4.25%/D5W	COMPLERA.....	139	PEDIATRIC) (PF).....	90
SULF FREE.....	<i>completenate</i> .....	198	<i>daptomycin</i> .....	111
CLINIMIX E 5%/D15W	<i>compro</i> .....	29	<i>darunavir</i> .....	140
SULFIT FREE.....	<i>constulose</i> .....	73	<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	120
CLINIMIX E 5%/D20W	COPAXONE.....	57	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	120
SULFIT FREE.....	COPIKTRA.....	5	DAURISMO.....	5
CLINIMIX E 8%-D10W	CORLANOR.....	45	<i>daysee</i> .....	120
SULFITEFREE.....	CORTROPHIN GEL.....	81	<i>deblitane</i> .....	120
CLINIMIX E 8%-D14W	COSENTYX.....	84, 101	<i>decitabine</i> .....	5
SULFITEFREE.....	COSENTYX (2 SYRINGES).	84	<i>deferasirox</i> .....	110
<i>clobazam</i> .....	COSENTYX PEN (2 PENS)..	84	<i>deferiprone</i> .....	110
<i>clobetasol</i> .....	COSENTYX UNOREADY		DELSTRIGO.....	140
<i>clobetasol-emollient</i> .....	PEN.....	84	DENG VAXIA (PF).....	90
<i>clomipramine</i> .....	COTELLIC.....	5	<i>denta 5000 plus</i> .....	66



<i>dentagel</i> .....	66	<i>diltiazem hcl</i> .....	44	DROPLET PEN NEEDLE	156, 157
DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dilt-xr</i> .....	44	.....	
104.....	82	<i>dimenhydrinate</i> .....	29	DROPSAFE ALCOHOL	
DERMACEA.....	155	<i>dimethyl fumarate</i> .....	57	PREP PADS.....	69
DERMACEA NON-		DIPENTUM.....	53	DROPSAFE INSULIN	
WOVEN.....	155	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	138	SYRINGE.....	157
DESCOVY.....	140	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	74	DROPSAFE PEN NEEDLE	157
<i>desipramine</i> .....	133	<i>dipyridamole</i> .....	195	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	120
<i>desmopressin</i> .....	81	<i>disopyramide phosphate</i> .....	41	DROXIA.....	192
<i>desog-e.estradiolle.estradiol</i> ....	120	<i>disulfiram</i> .....	18	<i>droxidopa</i> .....	41
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> ....	120	<i>divalproex</i> .....	128	DUAVEE.....	78
<i>desoximetasone</i> .....	67	<i>dofetilide</i> .....	41	<i>duloxetine</i> .....	133
<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	133	<i>donepezil</i> .....	20	DUPIXENT PEN.....	84
<i>dexamethasone</i> .....	79	DOPTELET (10 TAB PACK)		DUPIXENT SYRINGE.....	84
<i>dexamethasone sodium phos</i>		.....	195	<i>dutasteride</i> .....	76
( <i>pf</i> ).....	79	DOPTELET (15 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexamethasone sodium</i>		.....	195	ALCOHOL PAD.....	69
<i>phosphate</i> .....	79, 80, 99	DOPTELET (30 TAB PACK)		EASY COMFORT	
<i>dexmethylphenidate</i> .....	57	.....	195	INSULIN SYRINGE....	158, 159
<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	57	<i>dorzolamide</i> .....	95	EASY COMFORT PEN	
<i>dextroamphetamine-</i>		<i>dorzolamide-timolol</i> .....	95	NEEDLES.....	158, 159
<i>amphetamine</i> .....	57	<i>dotti</i> .....	78	EASY COMFORT SAFETY	
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .....	40	DOVATO.....	140	PEN NEEDLE.....	157, 158
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ....	40	<i>doxazosin</i> .....	41	EASY GLIDE INSULIN	
DIACOMIT.....	128	<i>doxepin</i> .....	133	SYRINGE.....	159
<i>diazepam</i> .....	20, 128	<i>doxorubicin</i> .....	5	EASY GLIDE PEN	
<i>diazepam intensol</i> .....	20	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .....	5	NEEDLE.....	159
<i>diazoxide</i> .....	101	<i>doxy-100</i> .....	118	EASY TOUCH.....	161
<i>diclofenac potassium</i> .....	104	<i>doxycycline hyclate</i> .....	118	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>diclofenac sodium</i> .....	99, 104	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	118	PREP PADS.....	69
<i>diclofenac-misoprostol</i> .....	104	DRIZALMA SPRINKLE....	133	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>dicloxacillin</i> .....	116	<i>dronabinol</i> .....	29	INSULIN.....	160
<i>dicyclomine</i> .....	73	<i>droperidol</i> .....	29	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>didanosine</i> .....	140	DROPLET INSULIN		SYRINGE.....	160
DIFICID.....	115	SYR(HALF UNIT).....	155	EASY TOUCH INSULIN	
<i>difluprednate</i> .....	99	DROPLET INSULIN		SAFETY SYR.....	159, 160
<i>digitek</i> .....	45	SYRINGE.....	155, 156	EASY TOUCH INSULIN	
<i>digox</i> .....	45	DROPLET MICRON PEN		SYRINGE.....	159, 160, 161
<i>digoxin</i> .....	45	NEEDLE.....	156	EASY TOUCH LUER	
<i>dihydroergotamine</i> .....	27			LOCK INSULIN.....	161

EASY TOUCH PEN		<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> ... 51	<i>estarylla</i> ..... 121
NEEDLE..... 161	ENBREL.....84, 85	ENBREL MINI.....84	<i>estradiol</i> ..... 78
EASY TOUCH SAFETY	ENBREL SURECLICK.....85	ENDARI.....101	<i>estradiol valerate</i> .....78
PEN NEEDLE..... 161, 162	ENDARI.....101	<i>endocet</i> .....106	<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..... 78
EASY TOUCH	<i>engixerix-b (pf)</i> ..... 90	ENGERIX-B PEDIATRIC	<i>eszopiclone</i> .....55
SHEATHLOCK INSULIN.. 160	ENGERIX-B PEDIATRIC	(PF).....90	<i>ethambutol</i> ..... 138
EASY TOUCH UNI-SLIP... 162	<i>enilloring</i> .....120	<i>enoxaparin</i> ..... 193	<i>ethosuximide</i> .....128
<i>ec-naproxen</i> ..... 104	<i>enpresse</i> ..... 120	<i>enskyce</i> ..... 120	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> ... 121
<i>econazole</i> ..... 136	<i>entacapone</i> ..... 32	<i>entecavir</i> ..... 145	<i>etodolac</i> ..... 104
EDARBI.....46	ENTRESTO..... 46	<i>enulose</i> ..... 74	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .. 121
EDARBYCLOR.....46	EPCLUSA..... 144	EPIDIOLEX..... 128	ETOPOPHOS.....6
EDURANT..... 140	<i>epinastine</i> ..... 100	<i>epinephrine</i> .....45	<i>etoposide</i> .....6
<i>efavirenz</i> ..... 140	<i>epitol</i> .....128	EPIVIR HBV..... 140	<i>etravirine</i> .....140
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> 140	EPKINLY..... 6	<i>eplerenone</i> .....52	EUCRISA.....67
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> 140	EPONENTIA..... 128	ERBITUX..... 6	<i>everolimus (antineoplastic)</i> .... 6, 7
EGRIFTA SV..... 81	<i>ergoloid</i> .....20	ERIVEDGE..... 6	<i>everolimus</i>
<i>electrolyte-148</i> ..... 190	ERLEADA.....6	<i>erlotinib</i> ..... 6	<i>(immunosuppressive)</i> ..... 85
ELIGARD.....6	<i>erlynng</i> .....120	ERRIN..... 121	EVOTAZ..... 140
ELIGARD (3 MONTH).....5	EMBRACE PEN NEEDLE. 162	<i>ertapenem</i> ..... 112	EVRYSDI..... 101
ELIGARD (4 MONTH).....6	EMCYT.....6	<i>ery pads</i> ..... 71	EXEL INSULIN.....162
ELIGARD (6 MONTH).....6	EMEND..... 29	<i>erythromycin</i> ..... 96, 115	<i>exemestane</i> ..... 7
<i>elinst</i> ..... 120	EMGALITY PEN..... 27	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ... 115	EXKIVITY.....7
ELIQUIS..... 193	EMGALITY SYRINGE..... 27	<i>erythromycin with ethanol</i> ..... 71	EYSUVIS.....99
ELIQUIS DVT-PE TREAT	EMSAM.....133	<i>escitalopram oxalate</i> ..... 133	<i>ezetimibe</i> .....48
30D START..... 193	<i>emtricitabine</i> ..... 140	<i>esomeprazole magnesium</i> ..... 72	<i>ezetimibe-simvastatin</i> ..... 48
ELLA..... 120	<i>emtricitabine-tenofov</i> (tdf) .. 140	<i>esomeprazole sodium</i> .....72	<i>falmina (28)</i> ..... 121
ELMIRON..... 101	EMTRIVA..... 140		<i>famciclovir</i> ..... 145
ELREXFIO..... 6	<i>enalapril maleate</i> .....51		<i>famotidine</i> .....73
<i>eluryng</i> .....120	<i>enalaprilat</i> .....51		<i>famotidine (pf)</i> ..... 73
EMBRACE PEN NEEDLE. 162			<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> .. 73
EMCYT.....6			FANAPT..... 34
EMEND..... 29			FARXIGA.....21
EMGALITY PEN..... 27			FARYDAK..... 7
EMGALITY SYRINGE..... 27			FASENRA..... 61
EMSAM.....133			FASENRA PEN.....61
<i>emtricitabine</i> ..... 140			<i>febuxostat</i> .....26
<i>emtricitabine-tenofov</i> (tdf) .. 140			<i>felbamate</i> ..... 128
EMTRIVA..... 140			FEMRING..... 78
<i>enalapril maleate</i> .....51			<i>fenofibrate</i> ..... 48
<i>enalaprilat</i> .....51			<i>fenofibrate micronized</i> .....48

<i>fenofibrate nanocrystallized</i> .....	48	<i>fluticasone propionate</i> ...	63, 68, 99	<i>gemfibrozil</i> .....	49
<i>fenofibric acid (choline)</i> .....	48	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ..	63	<i>generlac</i> .....	74
<i>fentanyl</i> .....	106	<i>fluvastatin</i> .....	49	<i>gengraf</i> .....	85
<i>fentanyl citrate</i> .....	106	<i>fluvoxamine</i> .....	134	<i>gentak</i> .....	96
FERRIPROX.....	110	<i>folivane-ob</i> .....	199	<i>gentamicin</i> .....	71, 97, 111
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	110	<i>fondaparinux</i> .....	193	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i> ..	111
<i>fesoterodine</i> .....	76	<i>fosamprenavir</i> .....	140	<i>gentamicin sulfate (pf)</i> .....	111
FETZIMA.....	134	<i>fosaprepitant</i> .....	29	GENVOYA.....	141
FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>foscarnet</i> .....	144	GILENYA.....	58
INSULIN.....	24	<i>fosinopril</i> .....	52	GILOTRIF.....	7
FIASP PENFILL U-100		<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> ..	52	<i>glatiramer</i> .....	58
INSULIN.....	24	<i>fosphenytoin</i> .....	129	<i>glatopa</i> .....	58
FIASP U-100 INSULIN.....	24	FOTIVDA.....	7	GLEOSTINE.....	7
<i>finasteride</i> .....	76	FREESTYLE PRECISION..	163	<i>glimepiride</i> .....	26
<i>fingolimod</i> .....	58	FRUZAQLA.....	7	<i>glipizide</i> .....	26
FINTEPLA.....	129	FULPHILA.....	195	<i>glipizide-metformin</i> .....	26
FIRMAGON KIT W		<i>fulvestrant</i> .....	7	<i>glyburide</i> .....	26
DILUENT SYRINGE.....	7	<i>furosemide</i> .....	50	<i>glyburide micronized</i> .....	26
FLEBOGAMMA DIF.....	85	FUZEON.....	140	<i>glyburide-metformin</i> .....	26
<i>flecainide</i> .....	41	FYARRO.....	7	<i>glycopyrrolate</i> .....	74
<i>floxuridine</i> .....	7	<i>fyavolv</i> .....	78	<i>glydo</i> .....	109
<i>fluconazole</i> .....	136	FYCOMPA.....	129	GLYXAMBI.....	21
<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> ..	136	<i>gabapentin</i> .....	129	<i>granisetron (pf)</i> .....	29
<i>flucytosine</i> .....	136	GALAFOLD.....	197	<i>granisetron hcl</i> .....	29
<i>fludrocortisone</i> .....	80	<i>galantamine</i> .....	20	GRANIX.....	195
<i>flumazenil</i> .....	58	GAMIFANT.....	85	<i>griseofulvin microsize</i> .....	136
<i>flunisolide</i> .....	99	GAMMAGARD LIQUID.....	85	<i>guanfacine</i> .....	41, 58
<i>fluocinolone</i> .....	67	GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....	85	GVOKE.....	101
<i>fluocinolone acetonide oil</i> .....	99	GAMMAPLEX.....	85	GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	101
<i>fluocinonide</i> .....	67	GAMMAPLEX (WITH SORBITOL).....	85	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	101
<i>fluocinonide-emollient</i> .....	68	GARDASIL 9 (PF).....	91	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	101
<i>fluoride (sodium)</i> .....	66	<i>gatifloxacin</i> .....	96	HAEGARDA.....	195
<i>fluorometholone</i> .....	99	GATTEX 30-VIAL.....	74	<i>hailey</i> .....	121
<i>fluorouracil</i> .....	7, 69, 70	GAUZE PAD.....	163	<i>hailey 24 fe</i> .....	121
<i>fluoxetine</i> .....	134	<i>gavilyte-c</i> .....	75	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	121
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	34	<i>gavilyte-g</i> .....	75	<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	121
<i>fluphenazine hcl</i> .....	34	GAVRETO.....	7	<i>halobetasol propionate</i> .....	68
<i>flurbiprofen</i> .....	105	<i>gefitinib</i> .....	7		
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	99				

<i>haloette</i> .....	121	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	50, 51	INCONTROL PEN	
<i>haloperidol</i> .....	35	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>		NEEDLE.....	164
<i>haloperidol decanoate</i> .....	34	.....	106, 107	INCRELEX.....	81
<i>haloperidol lactate</i> .....	34, 35	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	107	<i>indapamide</i> .....	51
HARVONI.....	144	<i>hydrocortisone</i> .....	53, 68, 80	<i>indomethacin</i> .....	105
HAVRIX (PF).....	91	<i>hydrocortisone butyrate</i> .....	68	INFANRIX (DTAP) (PF).....	91
HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone valerate</i> .....	68	<i>infliximab</i> .....	86
SYRINGE.....	163, 164	<i>hydrocortisone-acetic acid</i> .....	97	INLYTA.....	8, 9
HEALTHWISE PEN		<i>hydrocortisone-min oil-wht pet.</i>	68	INPEN (FOR HUMALOG)	
NEEDLE.....	164	<i>hydromorphone</i> .....	107	BLUE.....	164
HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone (pf)</i> .....	107	INPEN (NOVOLOG OR	
UNIFINE PENTIP.....	164	<i>hydroxychloroquine</i> .....	30	FIASP) BLUE.....	165
<i>heather</i> .....	121	<i>hydroxyurea</i> .....	8	INQOVI.....	9
<i>heparin (porcine)</i> .....	193, 194	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	138	INREBIC.....	9
<i>heparin, porcine (pf)</i> .....	194	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	101, 102	<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .....	24
HEPLISAV-B (PF).....	91	<i>ibandronate</i> .....	54	<i>insulin aspart u-100</i> .....	24
HERCEPTIN HYLECTA.....	8	IBRANCE.....	8	INSULIN SYR/NDL U100	
HERZUMA.....	8	<i>ibu</i> .....	105	HALF MARK.....	165
HIBERIX (PF).....	91	<i>ibuprofen</i> .....	105	INSULIN SYRINGE.....	149
HUMIRA.....	86	<i>icatibant</i> .....	45	INSULIN SYRINGE	
HUMIRA PEN.....	85	<i>iclevia</i> .....	121	MICROFINE.....	149
HUMIRA PEN CROHNS-		ICLUSIG.....	8	INSULIN SYRINGE	
UC-HS START.....	85	IDHIFA.....	8	NEEDLELESS.....	149
HUMIRA PEN PSOR-		<i>ifosfamide</i> .....	8	INSULIN SYRINGE-	
UVEITS-ADOL HS.....	85	ILEVRO.....	99	NEEDLE U-100	
HUMIRA(CF).....	86	<i>imatinib</i> .....	8	149, 151, 162, 163, 165, 166, 174,	
HUMIRA(CF) PEDI		IMBRUVICA.....	8	175, 179	
CROHNS STARTER.....	86	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	113	INSUPEN PEN NEEDLE... 166	
HUMIRA(CF) PEN.....	86	<i>imipramine hcl</i> .....	134	INTELENCE.....	141
HUMIRA(CF) PEN		<i>imiquimod</i> .....	70	INTRALIPID.....	40
CROHNS-UC-HS.....	86	IMJUDO.....	8	INVEGA HAFYERA.....	35
HUMIRA(CF) PEN		IMLYGIC.....	8	INVEGA SUSTENNA.....	35
PEDIATRIC UC.....	86	IMOVAX RABIES		INVEGA TRINZA.....	35
HUMIRA(CF) PEN PSOR-		VACCINE (PF).....	91	INVELTYS.....	99
UV-ADOL HS.....	86	IMPAVIDO.....	30	INVIRASE.....	141
HUMULIN R U-500		INBRIJA.....	32	IPOL.....	91
(CONC) INSULIN.....	24	<i>incassia</i> .....	121	<i>ipratropium bromide</i> .....	65, 100
HUMULIN R U-500		INCONTROL ALCOHOL		<i>ipratropium-albuterol</i> .....	65
(CONC) KWIKPEN.....	24	PADS.....	70	<i>irbesartan</i> .....	46
<i>hydralazine</i> .....	45			<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	46

ISENTRESS.....	141	JUXTAPID.....	49	<i>lanreotide</i> .....	81
ISENTRESS HD.....	141	JYNNEOS (PF).....	91	<i>lansoprazole</i> .....	73
<i>isibloom</i> .....	121	<i>kalliga</i> .....	122	<i>lapatinib</i> .....	10
ISOLYTE S PH 7.4.....	190	KALYDECO.....	61	<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	122
ISOLYTE-P IN 5 %		<i>kariva (28)</i> .....	122	<i>larin 1/20 (21)</i> .....	122
DEXTROSE.....	190	<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	122	<i>larin 24 fe</i> .....	122
ISOLYTE-S.....	190	<i>kelnor 1-50 (28)</i> .....	122	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	122
<i>isoniazid</i> .....	138	KERENDIA.....	52	<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	122
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	52	KESIMPTA PEN.....	58	<i>latanoprost</i> .....	95
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	52	<i>ketoconazole</i> .....	136	<i>leflunomide</i> .....	86
<i>isosorbide-hydralazine</i> .....	53	<i>ketorolac</i> .....	99, 105	<i>lenalidomide</i> .....	10
<i>isradipine</i> .....	47	KEVZARA.....	86	LENVIMA.....	10
<i>itraconazole</i> .....	136	KEYTRUDA.....	9	<i>lessina</i> .....	122
IV PREP WIPES.....	70	KIMMTRAK.....	9	<i>letrozole</i> .....	10
<i>ivermectin</i> .....	30	KINERET.....	86	<i>leucovorin calcium</i> .....	102
IWILFIN.....	9	KINRIX (PF).....	91	LEUKERAN.....	10
IXCHIQ.....	91	KISQALI.....	9	LEUKINE.....	195
IXIARO (PF).....	91	KISQALI FEMARA CO-		<i>leuprolide</i> .....	10
<i>jaimiess</i> .....	121	PACK.....	9	<i>leuprolide (3 month)</i> .....	10
JAKAFI.....	9	KLISYRI.....	70	<i>levetiracetam</i> .....	129, 130
<i>jantoven</i> .....	194	<i>klor-con m10</i> .....	191	<i>levobunolol</i> .....	95
JANUMET.....	21	<i>klor-con m15</i> .....	191	<i>levocarnitine</i> .....	102
JANUMET XR.....	21	<i>klor-con m20</i> .....	191	<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	102
JANUVIA.....	21	KLOXXADO.....	19	<i>levocetirizine</i> .....	138
JARDIANCE.....	21	KORLYM.....	22	<i>levofloxacin</i> .....	97, 100, 117
<i>jasmiel (28)</i> .....	121	KOSELUGO.....	9	<i>levofloxacin in d5w</i> .....	117
<i>javygtor</i> .....	197	<i>kosher prenatal plus iron</i> .....	199	<i>levonest (28)</i> .....	123
JAYPIRCA.....	9	KOURZEQ.....	66	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i> .....	123
JEMPERLI.....	9	KRAZATI.....	10	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad...</i>	123
<i>jencycla</i> .....	121	KRINTAFEL.....	30	<i>levonorg-eth estrad triphasic...</i>	123
JENTADUETO.....	21	<i>kurvelo (28)</i> .....	122	<i>levora-28</i> .....	123
JENTADUETO XR.....	21	KYNMOBI.....	32	<i>levothyroxine</i> .....	77
<i>jinteli</i> .....	78	<i>l norgestle.estradiol-e.estrad...</i>	122	LEXIVA.....	141
<i>juleber</i> .....	121	<i>labetalol</i> .....	43	<i>lidocaine</i> .....	109
JULUCA.....	141	<i>lacosamide</i> .....	129	<i>lidocaine (pf)</i> .....	42, 109
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	122	<i>lactulose</i> .....	74	<i>lidocaine hcl</i> .....	109
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	122	<i>lagevrio (eua)</i> .....	145	<i>lidocaine viscous</i> .....	109
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	122	<i>lamivudine</i> .....	141	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	109
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	122	<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	141	<i>linezolid</i> .....	112
<i>junel fe 24</i> .....	122	<i>lamotrigine</i> .....	129	<i>linezolid in dextrose 5%</i> .....	112

LINZESS.....	74	LUPRON DEPOT (6		MAXICOMFORT INSULIN	
<i>liothyronine</i> .....	77	MONTH).....	11	SYRINGE.....	168
LISCO.....	166	<i>lurasidone</i> .....	36	MAXI-COMFORT	
<i>lisinopril</i> .....	52	<i>lutera (28)</i> .....	123	INSULIN SYRINGE.....	168
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> ... 52		LYBALVI.....	36	MAXICOMFORT SAFETY	
LITE TOUCH INSULIN		<i>lyleq</i> .....	123	PEN NEEDLE.....	168
PEN NEEDLES.....	166, 167	<i>lyllana</i> .....	79	MAYZENT.....	59
LITE TOUCH INSULIN		LYNPARZA.....	11	MAYZENT	
SYRINGE.....	167, 168	LYSODREN.....	11	STARTER(FOR 1MG	
<i>lithium carbonate</i> .....	58	LYTGOBI.....	11	MAINT).....	59
<i>lithium citrate</i> .....	58	<i>lyza</i> .....	123	MAYZENT	
LIVALO.....	49	MAGELLAN INSULIN		STARTER(FOR 2MG	
<i>lojaimiess</i> .....	123	SAFETY SYRNG.....	168	MAINT).....	59
LOKELMA.....	74	MAGELLAN SYRINGE.....	168	<i>meclizine</i> .....	29
LONSURF.....	10	<i>magnesium sulfate</i> .....	191	<i>medroxyprogesterone</i> .....	82, 83
<i>loperamide</i> .....	74	<i>magnesium sulfate in d5w</i> .....	191	<i>mefenamic acid</i> .....	105
<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	141	<i>magnesium sulfate in water</i> .....	191	<i>mefloquine</i> .....	31
LOQTORZI.....	10	<i>malathion</i> .....	72	<i>megestrol</i> .....	11, 83
<i>lorazepam</i> .....	20	<i>maraviroc</i> .....	141	MEKINIST.....	11
LORBRENA.....	10	MARGENZA.....	11	MEKTOVI.....	11
<i>loryna (28)</i> .....	123	<i>marlissa (28)</i> .....	123	<i>meloxicam</i> .....	105
<i>losartan</i> .....	46	<i>marnatal-f</i> .....	199	<i>memantine</i> .....	20, 21
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> ... 46		MARPLAN.....	134	MENACTRA (PF).....	91
LOTEMAX.....	99	MATULANE.....	11	MENQUADFI (PF).....	92
LOTEMAX SM.....	99	MAVENCLAD (10 TABLET		MENVEO A-C-Y-W-135-	
<i>loteprednol etabonate</i> .....	99	PACK).....	58	DIP (PF).....	92
<i>lovastatin</i> .....	49	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mercaptopurine</i> .....	11
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	123	PACK).....	58	<i>meropenem</i> .....	113
<i>loxapine succinate</i> .....	36	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>merzee</i> .....	123
<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	123	PACK).....	58	<i>mesalamine</i> .....	53
<i>lubiprostone</i> .....	74	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>mesna</i> .....	102
LUMAKRAS.....	10	PACK).....	58	MESNEX.....	102
LUMIGAN.....	96	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>metformin</i> .....	22
LUNSUMIO.....	10	PACK).....	58	<i>methadone</i> .....	107
LUPRON DEPOT.....	81	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methadose</i> .....	107
LUPRON DEPOT (3		PACK).....	59	<i>methenamine hippurate</i> .....	112
MONTH).....	11, 81	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methimazole</i> .....	77
LUPRON DEPOT (4		PACK).....	59	<i>methocarbamol</i> .....	198
MONTH).....	11	MAXICOMFORT II PEN		<i>methotrexate sodium</i> .....	11
		NEEDLE.....	168	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	11

<i>methoxsalen</i> .....	70	<i>mondoxyne nl</i> .....	118	<i>nateglinide</i> .....	22
<i>methscopolamine</i> .....	74	<b>MONOJECT INSULIN</b>		<b>NATPARA</b> .....	54
<i>methsuximide</i> .....	130	<b>SAFETY SYRINGE</b> .....	170	<b>NAYZILAM</b> .....	130
<i>methyl dopa</i> .....	41	<b>MONOJECT INSULIN</b>		<i>neбиволol</i> .....	43
<i>methylphenidate hcl</i> .....	59, 60	<b>SYRINGE</b> .....	169, 170	<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	124
<i>methylprednisolone</i> .....	80	<b>MONOJECT SYRINGE</b> .....	169	<i>nefazodone</i> .....	134
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	80	<b>MONOJECT ULTRA</b>		<i>neomycin</i> .....	111
<i>methylprednisolone sodium</i>		<b>COMFORT INSULIN</b> .....	185	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .....	97
<i>succ</i> .....	80	<i>mono-linyah</i> .....	124	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>metoclopramide hcl</i> .....	74	<i>montelukast</i> .....	64	<i>polymyxin</i> .....	97
<i>metolazone</i> .....	51	<i>morphine</i> .....	107, 108	<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	71
<i>metoprolol succinate</i> .....	43	<b>MORPHINE</b> .....	107	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	43	<i>morphine concentrate</i> .....	107	<i>dexameth</i> .....	97
<i>metoprolol tartrate</i> .....	43	<b>MOUNJARO</b> .....	22	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metronidazole</i> .....	71, 110, 112	<b>MOVANTIK</b> .....	74	<i>gramicidin</i> .....	97
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	112	<i>moxifloxacin</i> .....	97, 117	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	97
<i>metryrosine</i> .....	46	<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>		<i>neo-polycin</i> .....	98
<i>mexiletine</i> .....	42	.....	117	<i>neo-polycin hc</i> .....	97
<i>miconazole-3</i> .....	137	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		<b>NERLYNX</b> .....	12
<b>MICRODOT INSULIN PEN</b>		.....	117	<b>NEULASTA ONPRO</b> .....	195
<b>NEEDLE</b> .....	168, 169	<b>MULTAQ</b> .....	42	<i>nevirapine</i> .....	141, 142
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	123	<i>mupirocin</i> .....	71	<i>newgen</i> .....	199
<i>midodrine</i> .....	41	<b>MVASI</b> .....	12	<b>NEXLETOL</b> .....	49
<i>mifepristone</i> .....	22	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	86, 87	<b>NEXLIZET</b> .....	49
<i>miglustat</i> .....	197	<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ....	86	<i>niacin</i> .....	49
<i>mili</i> .....	123	<i>mycophenolate sodium</i> .....	87	<i>niacor</i> .....	49
<i>mimvey</i> .....	79	<i>mynatal</i> .....	199	<i>nicardipine</i> .....	47
<b>MINI ULTRA-THIN II</b> .....	169	<i>mynatal advance</i> .....	199	<b>NICOTROL</b> .....	19
<i>minocycline</i> .....	118	<i>mynatal plus</i> .....	199	<b>NICOTROL NS</b> .....	19
<i>minoxidil</i> .....	53	<i>mynatal-z</i> .....	199	<i>nifedipine</i> .....	47
<i>mirtazapine</i> .....	134	<i>mynate 90 plus</i> .....	199	<i>nikki (28)</i> .....	124
<i>misoprostol</i> .....	73	<b>MYRBETRIQ</b> .....	76	<i>nilutamide</i> .....	12
<b>MITIGARE</b> .....	26	<i>nabumetone</i> .....	105	<b>NINLARO</b> .....	12
<i>mitoxantrone</i> .....	12	<i>nafacillin</i> .....	116	<i>nitazoxanide</i> .....	31
<b>M-M-R II (PF)</b> .....	92	<i>nafacillin in dextrose iso-osm</i> ....	116	<i>nitisinone</i> .....	197
<i>m-natal plus</i> .....	199	<i>naloxone</i> .....	19	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ....	112
<i>modafinil</i> .....	55	<i>naltrexone</i> .....	19	<i>nitrofurantoin monohydlm-</i>	
<i>moexipril</i> .....	52	<i>naproxen</i> .....	105	<i>cryst</i> .....	112
<i>molindone</i> .....	36	<i>naratriptan</i> .....	27	<i>nitroglycerin</i> .....	53, 70
<i>mometasone</i> .....	68, 99	<b>NATACYN</b> .....	97	<i>niva-plus</i> .....	199

NIVESTYM.....	195, 196	<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	125	OMNIPOD CLASSIC PODS	
<i>nizatidine</i> .....	73	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	125	(GEN 3).....	171
NORDITROPIN FLEXPRO.....	81	<i>nymyo</i> .....	125	OMNIPOD DASH INTRO	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	124	<i>nystatin</i> .....	137	KIT (GEN 4).....	171
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	124	<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	137	OMNIPOD DASH PDM	
<i>norethindrone acetate</i> .....	83	<i>nystop</i> .....	137	KIT (GEN 4).....	171
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		NYVEPRIA.....	196	OMNIPOD DASH PODS	
.....	79, 124	<i>obstetrix dha</i> .....	199	(GEN 4).....	171
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	124	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> .....	199	OMNIPOD GO PODS.....	172
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	124	<i>o-cal prenatal</i> .....	199	OMNIPOD GO PODS 10	
NORMOSOL-M IN 5 %		OCALIVA.....	74	UNITS/DAY.....	171
DEXTROSE.....	191	OCREVUS.....	60	OMNIPOD GO PODS 15	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	124	OCTAGAM.....	87	UNITS/DAY.....	171
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	124	<i>octreotide acetate</i> .....	81, 82	OMNIPOD GO PODS 20	
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	124	ODEFSEY.....	142	UNITS/DAY.....	171
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	125	ODOMZO.....	12	OMNIPOD GO PODS 25	
<i>nortriptyline</i> .....	134	OFEV.....	61	UNITS/DAY.....	171
NORVIR.....	142	<i>ofloxacin</i> .....	98	OMNIPOD GO PODS 30	
NOVOFINE 30.....	170	OGIVRI.....	12	UNITS/DAY.....	171
NOVOFINE 32.....	170	OGSIVEO.....	12	OMNIPOD GO PODS 40	
NOVOFINE PLUS.....	170	OJJAARA.....	12	UNITS/DAY.....	171
NOVOLIN 70/30 U-100		<i>olanzapine</i> .....	36	<i>ondansetron</i> .....	29
INSULIN.....	24	<i>olmesartan</i> .....	46	<i>ondansetron hcl</i> .....	29
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN		<i>olmesartan-amlodipin-</i>		<i>ondansetron hcl (pf)</i> .....	29
U-100.....	25	<i>hcthiazid</i> .....	46	ONTRUZANT.....	12
NOVOLIN N FLEXPEN.....	25	<i>olmesartan-</i>		ONUREG.....	12
NOVOLIN N NPH U-100		<i>hydrochlorothiazide</i> .....	47	OPDIVO.....	12
INSULIN.....	25	<i>olopatadine</i> .....	100, 101	OPDUALAG.....	12
NOVOLIN R FLEXPEN.....	25	OLUMIANT.....	87	OPSUMIT.....	103
NOVOLIN R REGULAR		<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	49	<i>oralone</i> .....	66
U100 INSULIN.....	25	<i>omeprazole</i> .....	73	ORENCIA.....	87
NOVOTWIST.....	170	OMNIPOD 5 G6 INTRO		ORENCIA (WITH	
NOXAFIL.....	137	KIT (GEN 5).....	170	MALTOSE).....	87
NUBEQA.....	12	OMNIPOD 5 G6 PODS		ORENCIA CLICKJECT.....	87
NUCALA.....	61	(GEN 5).....	171	ORFADIN.....	197
NULOJIX.....	87	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ORGOVYX.....	82
NUPLAZID.....	36	KT(GEN5).....	171	ORILISSA.....	82
NURTEC ODT.....	27	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		ORKAMBI.....	61, 62
NUTRILIPID.....	40	(GEN 5).....	171	ORSERDU.....	12
<i>nyamyc</i> .....	137			<i>oseltamivir</i> .....	144



OSMOLEX ER.....	32	PENBRAYA MENB		<i>pnv 29-1</i> .....	199
OTEZLA.....	87	COMPONENT (PF).....	92	<i>pnv-dha + docusate</i> .....	199
OTEZLA STARTER.....	87	<i>penicillamine</i> .....	110	<i>pnv-omega</i> .....	199
<i>oxandrolone</i> .....	77	<i>penicillin g potassium</i> .....	116	<i>podofilox</i> .....	70
<i>oxazepam</i> .....	20	<i>penicillin g procaine</i> .....	116	<i>polycin</i> .....	98
<i>oxcarbazepine</i> .....	130	<i>penicillin v potassium</i> .....	116	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	112
OXLUMO.....	102	PENTACEL (PF).....	92	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> .....	98
<i>oxybutynin chloride</i> .....	76	<i>pentamidine</i> .....	31	POMALYST.....	13
<i>oxycodone</i> .....	108	PENTIPS.....	172, 173	<i>portia 28</i> .....	125
<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	108	<i>pentoxifylline</i> .....	195	<i>posaconazole</i> .....	137
OXYCONTIN.....	108	<i>perindopril erbumine</i> .....	52	<i>potassium chloride</i> .....	191, 192
<i>oxymorphone</i> .....	108	<i>periogard</i> .....	66	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	
OZEMPIC.....	22	<i>permethrin</i> .....	72	.....	192
<i>pacerone</i> .....	42	<i>perphenazine</i> .....	36	<i>potassium citrate</i> .....	192
<i>paclitaxel protein-bound</i> .....	12	PERSERIS.....	36	<i>pr natal 400</i> .....	199
<i>paliperidone</i> .....	36	<i>pfizerpen-g</i> .....	116	<i>pr natal 400 ec</i> .....	199
PALYNZIQ.....	197	<i>phenelzine</i> .....	134	<i>pr natal 430</i> .....	199
PANRETIN.....	70	<i>phenobarbital</i> .....	130	<i>pr natal 430 ec</i> .....	200
<i>pantoprazole</i> .....	73	<i>phenylephrine hcl</i> .....	41	PRALUENT PEN.....	49
<i>paricalcitol</i> .....	54	<i>phenytoin</i> .....	130	<i>pramipexole</i> .....	32
<i>paroex oral rinse</i> .....	66	<i>phenytoin sodium</i> .....	130	<i>prasugrel</i> .....	195
<i>paromomycin</i> .....	31	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	130	<i>pravastatin</i> .....	49
<i>paroxetine hcl</i> .....	134	<i>philith</i> .....	125	<i>prazosin</i> .....	41
PAXLOVID.....	144	PHOSLYRA.....	75	<i>prednicarbate</i> .....	68
<i>pazopanib</i> .....	12	PIFELTRO.....	142	<i>prednisolone</i> .....	80
PEDIARIX (PF).....	92	<i>pilocarpine hcl</i> .....	66, 96	<i>prednisolone acetate</i> .....	99
PEDVAX HIB (PF).....	92	<i>pimecrolimus</i> .....	68	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
PEGASYS.....	145	<i>pimozide</i> .....	36	.....	80, 99
<i>peg-electrolyte soln</i> .....	75	<i>pimtreea (28)</i> .....	125	<i>prednisone</i> .....	80
PEMAZYRE.....	12	<i>pindolol</i> .....	43	<i>pregabalin</i> .....	130
<i>pemetrexed disodium</i> .....	13	<i>pioglitazone</i> .....	22	PREHEVBRIO (PF).....	92
PEN NEEDLE.....	162, 172, 175	<i>pioglitazone-metformin</i> .....	22	PREMARIN.....	79
PEN NEEDLE, DIABETIC		PIP PEN NEEDLE.....	173	PREMPHASE.....	79
.....	154, 169, 172, 174	<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	116	PREMPRO.....	79
PEN NEEDLE, DIABETIC,		PIQRAY.....	13	<i>prenal true</i> .....	200
SAFETY.....	175	<i>pirfenidone</i> .....	62	<i>prenaissance</i> .....	200
PENBRAYA (PF).....	92	<i>pirmella</i> .....	125	<i>prenaissance plus</i> .....	200
PENBRAYA MENACWY		<i>piroxicam</i> .....	105	<i>prenatabs fa</i> .....	200
COMPONENT(PF).....	92	PLASMA-LYTE A.....	191	<i>prenatal 19</i> .....	200
		PLEGRIDY.....	60	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> .....	200

<i>prenatal low iron</i> .....	200	PROMACTA.....	196	RAYALDEE.....	54
<i>prenatal plus</i> .....	200	<i>promethazine</i> .....	30, 138	<i>reclipsen (28)</i> .....	125
<i>prenatal plus (calcium carb)</i> ..	199	<i>promethegan</i> .....	30	RECOMBIVAX HB (PF).....	93
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> .....	200	<i>propafenone</i> .....	42	RECTIV.....	102
<i>prenatal-u</i> .....	200	<i>proparacaine</i> .....	101	RELENZA DISKHALER...	145
<i>preplus</i> .....	200	<i>propranolol</i> .....	43	RELEUKO.....	196
<i>pretab</i> .....	200	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	43	RELION NEEDLES.....	175
PRETOMANID.....	138	<i>propylthiouracil</i> .....	77	RELION PEN NEEDLES...	175
<i>prevalite</i> .....	49	PROQUAD (PF).....	93	<i>repaglinide</i> .....	22
PREVENT DROPSAFE		PROSOL 20 %.....	40	REPATHA PUSHTRONEX..	49
PEN NEEDLE.....	173	<i>protamine</i> .....	193	REPATHA SURECLICK.....	49
PREVYMIS.....	144, 145	<i>protriptyline</i> .....	134	REPATHA SYRINGE.....	50
PREZCOBIX.....	142	PULMOZYME.....	197	RESTASIS.....	100
PREZISTA.....	142	PURE COMFORT		RESTASIS MULTIDOSE...	100
PRIFTIN.....	138	ALCOHOL PADS.....	70	RETACRIT.....	196
PRIMAQUINE.....	31	PURE COMFORT PEN		RETEVMO.....	13
<i>primidone</i> .....	130	NEEDLE.....	174	RETROVIR.....	142
PRIORIX (PF).....	93	PURE COMFORT SAFETY		<i>revonto</i> .....	198
PRIVIGEN.....	87	PEN NEEDLE.....	174	REXULTI.....	37
PRO COMFORT		PURIXAN.....	13	REYATAZ.....	142
ALCOHOL PADS.....	70	<i>pyrazinamide</i> .....	138	REZLIDHIA.....	13
PRO COMFORT INSULIN		<i>pyridostigmine bromide</i> .....	102	REZUROCK.....	88
SYRINGE.....	173	<i>pyrimethamine</i> .....	31	RHOPRESSA.....	96
PRO COMFORT PEN		QINLOCK.....	13	RIABNI.....	13
NEEDLE.....	173	QUADRACEL (PF).....	93	<i>ribavirin</i> .....	145
<i>probenecid</i> .....	26	<i>quetiapine</i> .....	37	RIDAURA.....	88
<i>probenecid-colchicine</i> .....	26	<i>quinapril</i> .....	52	<i>rifabutin</i> .....	138
<i>procainamide</i> .....	42	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> ...	52	<i>rifampin</i> .....	138
<i>prochlorperazine</i> .....	30	<i>quinidine gluconate</i> .....	42	<i>rilpivirine</i> .....	142
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	30	<i>quinidine sulfate</i> .....	42	<i>riluzole</i> .....	60
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	30	<i>quinine sulfate</i> .....	31	<i>rimantadine</i> .....	145
<i>proctosol hc</i> .....	68	QULIPTA.....	27	RINVOQ.....	88
<i>proctozone-hc</i> .....	68	RABAVERT (PF).....	93	<i>risedronate</i> .....	54, 55
PRODIGY INSULIN		<i>rabeprazole</i> .....	73	<i>risperidone</i> .....	37
SYRINGE.....	173, 174	<i>raloxifene</i> .....	79	<i>risperidone microspheres</i> .....	37
<i>progesterone</i> .....	83	<i>ramipril</i> .....	52	<i>ritonavir</i> .....	142
<i>progesterone micronized</i> .....	83	<i>ranolazine</i> .....	46	RITUXAN HYCELA.....	13
PROGRAF.....	87	<i>rasagiline</i> .....	32	<i>rivastigmine</i> .....	21
PROLASTIN-C.....	62	RASUVO (PF).....	88	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	21
PROLIA.....	54	RAVICTI.....	74	<i>rizatriptan</i> .....	27

<i>r-natal ob</i> .....	200	SEREVENT DISKUS.....	65	SPIRIVA RESPIMAT.....	65
ROCKLATAN.....	96	SEROSTIM.....	82	SPIRIVA WITH	
<i>roflumilast</i> .....	62	<i>sertraline</i> .....	134, 135	HANDIHALER.....	65
<i>ropinirole</i> .....	32	<i>setlakin</i> .....	125	<i>spironolactone</i> .....	51
<i>rosadan</i> .....	71	<i>sevelamer carbonate</i> .....	75	SPRAVATO.....	135
<i>rosuvastatin</i> .....	50	<i>sevelamer hcl</i> .....	75	<i>sprintec (28)</i> .....	125
ROTARIX.....	93	SEZABY.....	131	SPRITAM.....	131
ROTATEQ VACCINE.....	93	<i>sf 5000 plus</i> .....	66	SPRYCEL.....	14
ROZLYTREK.....	13	<i>sharobel</i> .....	125	<i>sps (with sorbitol)</i> .....	75
RUBRACA.....	13	SHINGRIX (PF).....	94	<i>sronyx</i> .....	125
<i>rufinamide</i> .....	130, 131	SIGNIFOR.....	82	<i>ssd</i> .....	71
RUKOBIA.....	142	<i>sildenafil</i> .....	103	<i>stavudine</i> .....	142
RUXIENCE.....	13	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> .....	103	STELARA.....	88
RYBELSUS.....	23	<i>silver sulfadiazine</i> .....	71	STERILE PADS.....	176
RYBREVANT.....	14	SIMBRINZA.....	96	STIOLTO RESPIMAT.....	65
RYDAPT.....	14	<i>simliya (28)</i> .....	125	STIVARGA.....	14
SAFESNAP INSULIN		<i>simpesse</i> .....	125	STRENSIQ.....	197
SYRINGE.....	175	<i>simvastatin</i> .....	50	<i>streptomycin</i> .....	111
SAFETY PEN NEEDLE.....	175	<i>sirolimus</i> .....	88	STRIBILD.....	143
<i>sajazir</i> .....	46	SIRTURO.....	139	STRIVERDI RESPIMAT.....	65
SANTYL.....	70	SKY SAFETY PEN		<i>subvenite</i> .....	131
<i>sapropterin</i> .....	197	NEEDLE.....	176	<i>sucralfate</i> .....	73
SAVELLA.....	60	SKYRIZI.....	88	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	98
SCSEMBLIX.....	14	<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	192	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	71
<i>scopolamine base</i> .....	30	<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	192	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	98
SECUADO.....	37	<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> .....	66	<i>sulfadiazine</i> .....	117
SECURES SAFE INSULIN		<i>sodium oxybate</i> .....	55	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SYRINGE.....	175	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	74	<i>trimethoprim</i> .....	117
SECURES SAFE PEN		<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	75	<i>sulfasalazine</i> .....	53
NEEDLE.....	175	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .....	76	<i>sulindac</i> .....	105
<i>select-ob</i> .....	200	SOLIQUA 100/33.....	25	<i>sumatriptan</i> .....	27
<i>select-ob (folic acid)</i> .....	200	SOLTAMOX.....	14	<i>sumatriptan succinate</i> .....	28
<i>selegiline hcl</i> .....	32	SOLU-CORTEF ACT-O-		<i>sumatriptan-naproxen</i> .....	28
<i>selenium sulfide</i> .....	71	VIAL (PF).....	80	<i>sunitinib malate</i> .....	14
SELZENTRY.....	142	SOMATULINE DEPOT.....	82	SUNLENCA.....	143
SEMGLEE(INSULIN		SOMAVERT.....	82	SUNOSI.....	55
GLARGINE-YFGN).....	25	<i>sorafenib</i> .....	14	SURE COMFORT	
SEMGLEE(INSULIN		<i>sorine</i> .....	43	ALCOHOL PREP PADS.....	70
GLARG-YFGN)PEN.....	25	<i>sotalol</i> .....	44	SURE COMFORT INS.	
<i>se-natal 19 chewable</i> .....	200	<i>sotalol af</i> .....	43	SYR. U-100.....	176

SURE COMFORT	<i>taron-c dha</i> .....	200	THALOMID.....	102
INSULIN SYRINGE....	<i>taron-prex prenatal-dha</i> .....	200	<i>theophylline</i> .....	65
SURE COMFORT PEN	TASCENSO ODT.....	60	THINPRO INSULIN	
NEEDLE.....	TASIGNA.....	15	SYRINGE.....	179, 180
SURE COMFORT SAFETY	<i>tasimelteon</i> .....	55	<i>thioridazine</i> .....	37
PEN NEEDLE.....	<i>tazarotene</i> .....	72	<i>thiothixene</i> .....	37
SURE-FINE PEN	TAZORAC.....	72	<i>tiadylt er</i> .....	44
NEEDLES.....	<i>taztia xt</i> .....	44	<i>tiagabine</i> .....	131
SURE-JECT INSULIN	TAZVERIK.....	15	TIBSOVO.....	15
SYRINGE.....	TDVAX.....	94	TICE BCG.....	15
SURE-PREP ALCOHOL	TECHLITE INSULIN		TICOVAC.....	94
PREP PADS.....	SYRINGE.....	178	<i>tigecycline</i> .....	118
SUTAB.....	TECHLITE INSULN		<i>timolol maleate</i> .....	44, 96
<i>syeda</i> .....	SYR(HALF UNIT).....	177, 178	<i>tiopronin</i> .....	76
SYMDEKO.....	TECHLITE PEN NEEDLE		TIVDAK.....	15
SYMLINPEN 120.....	.....	178, 179	TIVICAY.....	143
SYMLINPEN 60.....	TECVAYLI.....	15	TIVICAY PD.....	143
SYMPAZAN.....	TEFLARO.....	114	<i>tizanidine</i> .....	198
SYMTUZA.....	<i>telmisartan</i> .....	47	<i>tobramycin</i> .....	98, 111
SYNAREL.....	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	47	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> .....	111
SYNJARDY.....	<i>temazepam</i> .....	20	<i>tobramycin sulfate</i> .....	111
SYNJARDY XR.....	TEMIXYS.....	143	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	98
SYNRIBO.....	TENIVAC (PF).....	94	<i>tolterodine</i> .....	76
SYRINGE WITH NEEDLE,	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	143	TOPCARE CLICKFINE.....	180
SAFETY.....	TEPMETKO.....	15	TOPCARE ULTRA	
TABLOID.....	<i>terazosin</i> .....	76	COMFORT.....	180
TABRECTA.....	<i>terbinafine hcl</i> .....	137	<i>topiramate</i> .....	131
<i>tacrolimus</i> .....	<i>terbutaline</i> .....	65	<i>toposar</i> .....	15
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	<i>terconazole</i> .....	110	<i>toremifene</i> .....	15
103	<i>teriflunomide</i> .....	60	<i>torse mide</i> .....	51
TAFINLAR.....	<i>teriparatide</i> .....	55	TOUJEO MAX U-300	
TAGRISSO.....	TERUMO INSULIN		SOLOSTAR.....	25
TAKHZYRO.....	SYRINGE.....	179	TOUJEO SOLOSTAR U-300	
TALTZ AUTOINJECTOR....	<i>testosterone</i> .....	77	INSULIN.....	25
TALTZ SYRINGE.....	<i>testosterone cypionate</i> .....	77	TRACLEER.....	103
TALVEY.....	<i>testosterone enanthate</i> .....	77	TRADJENTA.....	23
TALZENNA.....	TETANUS,DIPHThERIA		<i>tramadol</i> .....	108
<i>tamoxifen</i> .....	TOX PED(PF).....	94	<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	108
<i>tamsulosin</i> .....	<i>tetrabenazine</i> .....	60	<i>trandolapril</i> .....	52
<i>tarina 24 fe</i> .....	<i>tetracycline</i> .....	118	<i>trandolapril-verapamil</i> .....	52
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> .....				

<i>tranexamic acid</i> .....	193	TRIZIVIR.....	143	ULTICARE INSULIN	
<i>tranylcypromine</i> .....	135	TROGARZO.....	143	SYRINGE.....	182, 183
TRAVASOL 10 %.....	40	TROPHAMINE 10 %.....	41	ULTICARE INSULN	
<i>travoprost</i> .....	96	<i>trospium</i> .....	76	SYR(HALF UNIT).....	182
TRAZIMERA.....	15	TRUE COMFORT		ULTICARE PEN NEEDLE	183
<i>trazodone</i> .....	135	ALCOHOL PADS.....	70	ULTICARE SAFETY PEN	
TRECTOR.....	139	TRUE COMFORT		NEEDLE.....	183
TRELEGY ELLIPTA.....	66	INSULIN SYRINGE.....	180	ULTIGUARD SAFEPACK-	
TRELSTAR.....	15	TRUE COMFORT PEN		INSULIN SYR.....	184
TREMFYA.....	89	NEEDLE.....	180, 181	ULTIGUARD SAFEPACK-	
<i>tretinoin</i> .....	72	TRUE COMFORT PRO		PEN NEEDLE.....	184
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> .....	15	ALCOHOL PADS.....	70	ULTILET ALCOHOL	
<i>tiamcinolone acetonide</i>		TRUE COMFORT PRO INS		SWAB.....	70
.....	66, 68, 69, 81	SYRINGE.....	180, 181	ULTILET INSULIN	
<i>tiamterene-hydrochlorothiazid</i>	51	TRUE COMFORT SAFETY		SYRINGE.....	165, 184
<i>trientine</i> .....	110	PEN NEEDLE.....	180	ULTILET PEN NEEDLE....	185
<i>tri-estarylla</i> .....	126	TRUEPLUS INSULIN.....	182	ULTRA CMFT INS SYR	
<i>trifluoperazine</i> .....	37	TRUEPLUS PEN NEEDLE		(HALF UNIT).....	163, 176
<i>trifluridine</i> .....	98	.....	181, 182	ULTRA COMFORT	
<i>trihexyphenidyl</i> .....	32, 33	TRULICITY.....	23	INSULIN SYRINGE	
TRIJARDY XR.....	23	TRUMENBA.....	94	.....	157, 163, 185
TRIKAFTA.....	62	TRUQAP.....	15	ULTRA FLO INSUL	
<i>tri-legest fe</i> .....	126	TRUSELTIQ.....	15	SYR(HALF UNIT).....	185
<i>tri-linyah</i> .....	126	TRUXIMA.....	16	ULTRA FLO INSULIN	
<i>tri-lo-estarylla</i> .....	126	TUKYSA.....	16	SYRINGE.....	186
<i>tri-lo-marzia</i> .....	126	<i>tulana</i> .....	126	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-mili</i> .....	126	TURALIO.....	16	.....	185
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	126	<i>turqoz (28)</i> .....	126	ULTRA THIN PEN	
<i>trimethoprim</i> .....	112	TWINRIX (PF).....	94	NEEDLE.....	186
<i>tri-mili</i> .....	126	<i>tyblume</i> .....	126	ULTRACARE INSULIN	
<i>trimipramine</i> .....	135	TYBOST.....	102	SYRINGE.....	186
TRINTELLIX.....	135	TYMLOS.....	55	ULTRACARE PEN	
<i>tri-nymyo</i> .....	126	TYPHIM VI.....	94	NEEDLE.....	186, 187
<i>tri-sprintec (28)</i> .....	126	TYSABRI.....	89	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIUMEQ.....	143	UBRELVY.....	28	INS SYR.....	187
TRIUMEQ PD.....	143	UDENYCA.....	196	ULTRA-THIN II (SHORT)	
<i>triveen-duo dha</i> .....	200	UDENYCA		PEN NDL.....	187
<i>trivora (28)</i> .....	126	AUTOINJECTOR.....	196	ULTRA-THIN II INS PEN	
<i>tri-vylibra</i> .....	126	UDENYCA ONBODY.....	196	NEEDLES.....	187
<i>tri-vylibra lo</i> .....	126	ULTICARE.....	183, 184		

ULTRA-THIN II INSULIN	VELTASSA.....	75	VITRAKVI.....	16
SYRINGE.....	VEMLIDY.....	143	VIZIMPRO.....	16
UNIFINE PEN NEEDLE....	VENCLEXTA.....	16	VOCABRIA.....	143
UNIFINE PENTIPS	VENCLEXTA STARTING		<i>volnea (28)</i> .....	127
.....	PACK.....	16	VONJO.....	16
UNIFINE PENTIPS	<i>venlafaxine</i> .....	135	<i>voriconazole</i> .....	137
MAXFLOW.....	<i>venlafaxine besylate</i> .....	135	VOSEVI.....	144
UNIFINE PENTIPS PLUS..	<i>verapamil</i> .....	44, 45	VOWST.....	103
UNIFINE PENTIPS PLUS	VERIFINE INSULIN		<i>vp-ch-pnv</i> .....	201
MAXFLOW.....	SYRINGE.....	189, 190	<i>vp-pnv-dha</i> .....	201
UNIFINE PROTECT.....	VERIFINE PEN NEEDLE..	189	VRAYLAR.....	38
UNIFINE SAFECONTROL	VERIFINE PLUS PEN		VUMERITY.....	60
.....	NEEDLE.....	189, 190	<i>vyfemla (28)</i> .....	127
UNIFINE ULTRA PEN	VERIFINE PLUS PEN		<i>vylibra</i> .....	127
NEEDLE.....	NEEDLE-SHARP.....	190	<i>warfarin</i> .....	194
UPTRAVI.....	VERQUVO.....	46	WEBCOL.....	71
<i>ursodiol</i> .....	VERSACLOZ.....	38	WELIREG.....	17
UZEDY.....	VERSALON.....	190	<i>wera (28)</i> .....	127
<i>valacyclovir</i> .....	VERZENIO.....	16	<i>wixela inhub</i> .....	64
VALCHLOR.....	<i>vestura (28)</i> .....	126	XALKORI.....	17
<i>valganciclovir</i> .....	V-GO 20.....	190	XARELTO.....	194
<i>valproate sodium</i> .....	V-GO 30.....	190	XARELTO DVT-PE TREAT	
<i>valproic acid</i> .....	V-GO 40.....	190	30D START.....	194
<i>valproic acid (as sodium salt)</i> ..	<i>vienva</i> .....	126	XATMEP.....	17
<i>valsartan</i> .....	<i>vigabatrin</i> .....	131	XCOPRI.....	132
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> ..	<i>vigadrone</i> .....	132	XCOPRI MAINTENANCE	
VALTOCO.....	<i>vigpoder</i> .....	132	PACK.....	132
<i>vancomycin</i> .....	<i>vilazodone</i> .....	135	XCOPRI TITRATION	
VANFLYTA.....	<i>vinate care</i> .....	201	PACK.....	132
VANISHPOINT INSULIN	<i>vinorelbine</i> .....	16	XELJANZ.....	89
SYRINGE.....	<i>violele (28)</i> .....	127	XELJANZ XR.....	89
VANISHPOINT SYRINGE..	VIRACEPT.....	143	XERMELO.....	75
VAQTA (PF).....	VIREAD.....	143	XGEVA.....	55
<i>varenicline</i> .....	<i>virt-c dha</i> .....	201	XHANCE.....	100
VARIVAX (PF).....	<i>virt-nate dha</i> .....	201	XIFAXAN.....	112
VASCEPA.....	<i>virt-pn dha</i> .....	201	XIGDUO XR.....	23, 24
VEGZELMA.....	<i>virt-pn plus</i> .....	201	XIIDRA.....	100
VELCADE.....	<i>vitafol gummies</i> .....	201	XOFLUZA.....	145
<i>velivet triphasic regimen (28)</i> ..	<i>vitafol nano</i> .....	201	XOLAIR.....	62
VELPHORO.....	<i>vitafol-ob+dha</i> .....	201	XOSPATA.....	17

XPOVIO.....	17	ZTALMY.....	132
XTAMPZA ER.....	108, 109	ZTLIDO.....	109
XTANDI.....	17	<i>zumandimine (28)</i> .....	127
<i>xulane</i> .....	127	ZURZUVAE.....	135
XULTOPHY 100/3.6.....	25	ZYDELIG.....	18
XYOSTED.....	78	ZYKADIA.....	18
<i>yargesa</i> .....	197	ZYLET.....	98
YERVOY.....	17	ZYNLONTA.....	18
YF-VAX (PF).....	95	ZYNYZ.....	18
YONSA.....	17	ZYPREXA RELPREVV..	38, 39
<i>yuvafem</i> .....	79		
<i>zafemy</i> .....	127		
<i>zafirlukast</i> .....	64		
<i>zaleplon</i> .....	56		
<i>zarah</i> .....	127		
ZARXIO.....	197		
<i>zatean-pn dha</i> .....	201		
<i>zatean-pn plus</i> .....	201		
ZEGALOGUE			
AUTOINJECTOR.....	103		
ZEGALOGUE SYRINGE...	103		
ZEJULA.....	17, 18		
ZELBORAF.....	18		
<i>zenatane</i> .....	71		
ZENPEP.....	198		
<i>zidovudine</i> .....	143, 144		
<i>zingiber</i> .....	201		
<i>ziprasidone hcl</i> .....	38		
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	38		
ZIRABEV.....	18		
ZIRGAN.....	98		
ZOLADEX.....	18		
<i>zoledronic acid</i> .....	55		
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> .....	55		
ZOLINZA.....	18		
<i>zolmitriptan</i> .....	28		
<i>zolpidem</i> .....	56		
ZONISADE.....	132		
<i>zonisamide</i> .....	132		
<i>zovia 1-35 (28)</i> .....	127		

Esta farmacopea se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de CCA Medicare Excel al 866-333-3530 (TTY 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes). Las llamadas son gratuitas. También puede visitar [ccahealthca.org](https://ccahealthca.org).

© 2023 CCA Health Plans of California, Inc.