

## Plan Year 2023



# CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) 東華智選 (HMO D-SNP) 計劃

## 2023 Formulary (List of Covered Drugs) Formulario para 2023 (Lista de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS Approved Formulary File Submission ID 00023347, Version Number 18

Este formulario fue actualizado el 21 de noviembre de 2023. Para más información reciente y otras preguntas, comuníquese con nosotros, Chinese Community Health Plan Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888 o para usuarios TTY, 1-877-681-8898, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite [www.cchphealthplan.com/](http://www.cchphealthplan.com/) medicare.

- Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.
- Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

**Nota para los miembros actuales:** Este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contenga los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros” “nos” o “nuestro” se refiere al CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP). Cuando se refiere a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que está vigente desde 11/21/2023. Para obtener el formulario actualizado, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Por lo general debe utilizar farmacias de la red para utilizar los beneficios de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacia, y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y de vez en cuando a través del año.

## **¿En qué consiste el formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)?**

Un formulario es una lista de medicamentos con cobertura seleccionados por Senior Select Program (HMO D-SNP) con la colaboración de un equipo de proveedores de salud, que representa los tratamientos con receta que se cree que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, cubriremos los medicamentos incluidos en el formulario siempre que el medicamento sea médicalemente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red Senior Select Program (HMO D-SNP) y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP), visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

## **¿El Formulario puede cambiar (lista de medicamentos)?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos en la Lista de Medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

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

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de participación en los costos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si usted está tomando ese medicamento de marca actualmente, es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer

ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- Si realizamos dicho cambio, usted o quien prescribe pueden solicitarnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)?"
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos 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 actualmente incluido en el formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel diferente de costo compartido. O podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario, o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o trasladamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados el cambio al menos 30 días antes del el cambio entra en vigencia, o en el momento en que el miembro solicita un surtido del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.
  - Si realizamos estos otros cambios, usted o quien prescribe pueden solicitarnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección a continuación titulada "¿Cómo solicito una excepción al Formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)?"

**Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.** En general, si usted está tomando un medicamento en nuestro formulario de 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2023, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con el mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los toman por el resto del año de cobertura.

El formulario adjunto está vigente a partir del 11/21/2023. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP), por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada delantera y trasera. Si hacemos algún cambio en el formulario que no sea de mantenimiento a mitad de año, le enviaremos una hoja de erratas. También puede encontrar los cambios en nuestro sitio web [www.cchphealthplan.com/medicare](http://www.cchphealthplan.com/medicare).

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

El Formulario comienza en la 3. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardiaca se enumeran dentro de la categoría “Agente-varios”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página número 1. Luego busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría debe consultar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## **¿Qué son los medicamentos genéricos?**

CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. La FDA aprueba un medicamento genérico que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos son más económicos que los de marca.

## **¿Hay alguna restricción en mi cobertura?**

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

- **Autorización previa:** CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará obtener la aprobación de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) antes de obtener los medicamentos con receta. Si no obtiene la autorización, es posible que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) provee 60 tabletas por receta para SAVELLA. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo: si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su enfermedad, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) puede no cubrir el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el formulario que empieza en la página 3. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos agregado un documento en línea que

explica nuestra restricción para autorizaciones previas y nuestras restricciones para tratamientos escalonados. También puede pedir que le envíemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas de portada delantera y trasera.

Usted puede solicitar que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) haga una excepción a estas restricciones o límites para una lista de medicamentos similares que pueden tratar sus problemas de salud. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)?” en la próxima página para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

## **¿Qué son los medicamentos de venta libre?**

Los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son medicamentos sin receta que, normalmente, no están cubiertos por un plan de medicamentos con receta de Medicare. El plan CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) paga por ciertos medicamentos de venta libre.

FREESTYLE LITE METER	NICOTINE PATCHES
FREESTYLE FREEDOM LITE METER	NICOTINE GUM
FREESTYLE LITE TEST STRIPS	NICTOTINE LOZENGES
FREESTYLE INSULINX METER	KETOTIFEN FUMARATE OPHTHALMIC
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	LORATADINE
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	LORATADINE/PSEUDOEPHEDRINE
PRECISION XTRA METER	CETIRIZINE
PRECISION XTRA TEST STRIPS	CETIRIZINE/PSEUDOEPHEDRINE
MEDISENSE CONTROL SOLUTION	FEXOFENADINE
LANCETS	FEXOFENADINE/PSEUDOEPHEDRINE
LANCET DEVICES	LEVO CETIRIZINE
LANCET KIT	OLOPATADINE

CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) le proporcionará estos medicamentos de venta libre, sin costo alguno para usted. El costo para CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para los costos totales de los medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de sus medicamentos de venta libre no cuenta para el período sin cobertura).

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

Si el medicamento que toma no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe ponerse en contacto con el Servicio para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Si se entera que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedir al Servicio para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP). Cuando reciba la lista, muéstrelo a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP).

- Puede pedirle a CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## **¿Cómo solicito una excepción al formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)?**

Puede pedirle a CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) que haga una excepción a las normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro formulario. Si es aprobado, este medicamento será cubierto en un nivel de costo compartido previamente determinado y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel menor de costo compartido.
- Puede pedirnos que le dispensemos de las restricciones de coberturas o límites que tiene su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento con el costo compartido menor, o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o le causaran efectos médicos adversos.

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

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

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

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta fue escrita para

menos días, permitiremos surtidos para proveer un suministro máximo para 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

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

## Para más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP), consulte la Evidencia de cobertura y otra documentación del plan.

Si tiene preguntas acerca de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP), comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha que actualizamos por última vez el formulario, aparece en las páginas de portada delantera y trasera.

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

## Formulario de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)

El formulario que comienza en la página 3 proporciona información acerca de la cobertura de algunos de los medicamentos cubiertos por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página I-1.

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

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

- Distribución Limitada (LD): La Administración de Drogas y Alimentos ha clasificado al medicamento como limitado a determinadas farmacias. Estos medicamentos solo pueden obtenerse en ciertas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de Proveedores y Farmacias o llame al Centro de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888, los siete días a la semana, de 8:00 a.m a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-681-8898.
- Medicamento sin Pedidos por Correo (NM): Estos medicamentos se limitan a un suministro para 30 días en farmacias minoristas y farmacias de pedidos por correo.
- Autorización Previa (PA): Estos medicamentos podrían requerir autorización previa. Eso significa que usted (o su médico) deberá obtener aprobación de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) para determinar si está cubierto por la Parte D de Medicare antes de obtener el medicamento en la farmacia. Si no obtiene la aprobación, es posible que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubra el medicamento.
- Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B frente a la Parte D (PA\_BvD): estos medicamentos pueden ser elegibles para el pago de la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) para determinar si el medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir su receta

para este medicamento. Sin aprobación previa, es posible que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubra este medicamento.

- Restricción de Autorización Previa Sólo para Nuevos Suscriptores (PA\_NSO): Si usted no ha tomado este medicamento anteriormente, usted (o su médico) deberán obtener autorización previa de CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) antes de obtener este medicamento en la farmacia. Sin autorización previa, es posible que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubra este medicamento.
- Límites de Cantidad (QL): Las cantidades cubiertas de ciertos medicamentos pueden ser limitadas por CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP). Esto podría incluir un límite por suministro, diario, mensual o anual.
- Terapia escalonada (ST): En algunos casos, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP) cubrirá el medicamento B.

## Tabla de Contenido

<b>Agentes Anti Cáncer .....</b>	3
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....</b>	17
<b>Agentes Antiansiedad.....</b>	18
<b>Agentes Antidemencia.....</b>	18
<b>Agentes Antidiabetico .....</b>	19
<b>Agentes Antigota .....</b>	23
<b>Agentes Antimigraña .....</b>	24
<b>Agentes Antinausea .....</b>	25
<b>Agentes Antiparasitarios .....</b>	27
<b>Agentes Antiparkinson .....</b>	28
<b>Agentes Antipsicóticos .....</b>	30
<b>Agentes Calóricos .....</b>	35
<b>Agentes Cardiovasculares .....</b>	37
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria .....</b>	49
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....</b>	49
<b>Agentes De Trastorno De Sueño .....</b>	51
<b>Agentes Del Sistema Nervioso Central.....</b>	52
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio .....</b>	56
<b>Agentes Dentales Y Orales .....</b>	60
<b>Agentes Dermatológicos.....</b>	61
<b>Agentes Gastrointestinales .....</b>	66
<b>Agentes Genitourinarios.....</b>	70
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador .....</b>	71
<b>Agentes Inmunológicos .....</b>	77
<b>Agentes Oftálmicos.....</b>	86
<b>Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....</b>	88
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos .....</b>	92

<b>Agentes Vasodilatadores</b>	94
<b>Analgésicos</b>	94
<b>Anestésicos</b>	99
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>	100
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>	100
<b>Antibacterianos</b>	100
<b>Anticonceptivos</b>	108
<b>Anticonvulsivos</b>	117
<b>Antidepresivos</b>	121
<b>Antifúngicos</b>	124
<b>Antihistamínicos</b>	126
<b>Antimicobacteriales</b>	126
<b>Antivirales (Sítémico)</b>	127
<b>Dispositivos</b>	134
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>	173
<b>Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>	175
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>	179
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>	180
<b>Vitaminas Y Minerales</b>	181

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML <i>(bendamustine)</i>	1	PA NSO; NM; NDS
bexarotene oral capsule 75 mg <i>(Targretin)</i>	1	PA NSO; NM; NDS
bexarotene topical gel 1 % <i>(Targretin)</i>	1	PA NSO; NM; NDS
bicalutamide oral tablet 50 mg <i>(Casodex)</i>	1	
bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit	1	
bortezomib injection recon soln 1 mg	1	PA NSO
bortezomib injection recon soln 2.5 mg	1	PA NSO; NM; NDS
BORTEZOMIB INTRAVENOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG <i>(vandetanib)</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG <i>(vandetanib)</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	1	PA NSO; NM; NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg (Dacogen)</i>	1	NM; NDS
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	1	PA BvD
<i>doxorubicin, peg-liposomal (Doxil) intravenous suspension 2 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	1	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	1	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	1	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	1	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	1	NM; NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	1	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	1	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	1	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i>	1	NM; NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	1	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	1	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	1	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	1	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
IMBRUVIDA ORAL CAPSULE 70 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVIDA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVIDA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVIDA ORAL TABLET 560 MG	1	NM; NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	1	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (70 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	1	NM; NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	1	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	1	PA NSO; NM; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (80 per 28 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	1	NM; NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	1	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	1	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	1	NM; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	1	PA NSO; NM; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 750 mg</i>	1	NM; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	NM; NDS
<i>pemetrexed intravenous recon soln 1 gram, 100 mg, 500 mg</i>	1	NM; NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	1	NM; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	1	NM; NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	1	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (112 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	1	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	1	NM; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	1	PA NSO; NM; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	1	PA NSO; NM; NDS
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	1	NM; NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
VELCADE INJECTION RECON SOLN 3.5 MG (bortezomib)	1	PA NSO; NM; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	1	PA NSO; NM; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG (pazopanib)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
YEROVY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	1	PA NSO; NM; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	1	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	1	NM; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (84 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (20 per 28 days)
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<b>Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias</b>		
<i>acamprosate oral tablet,delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	1	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
KLOXXADO NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation</i>	1	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	1	
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	1	ST; QL (2688 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i>	1	QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42) Box</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<b>Agentes Antiansiedad</b>		
<b>Benzodiacepinas</b>		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	1	QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i> (Ativan)	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	QL (150 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<b>Agentes Antidemencia</b>		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	1	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Namenda)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	1	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>	1	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)	1	QL (90 per 30 days)
<i>FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>KORLYM ORAL TABLET 300 MG</i>	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	1	QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	1	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)	1	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	1	QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg (Actos)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	1	NM; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg (Actoplus MET)</i>	1	NM; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	1	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	1	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	1	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML)	1	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60 per 30 days)
<b>Insulinas</b>		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (24 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	1	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	1	QL (40 per 28 days)
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin aspart u-100) 1	NM; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart) 1	NM; QL (40 per 28 days)
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	(insulin asp prt-insulin aspart) 1	NM; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100) 1	NM; QL (30 per 28 days)
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin aspart u-100) 1	NM; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin glargine-yfgn) 1	QL (40 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin glargine-yfgn)	1	QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML		1	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML)		1	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)		1	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		1	QL (15 per 28 days)
<b>Sulfonilureas</b>			
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg		1	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg		1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg		1	QL (60 per 30 days)
glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg		1	QL (30 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg		1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	QL (120 per 30 days)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg (Glynase)		1	
glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg		1	
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg		1	
<b>Agentes Antigota</b>			
<b>Agentes Antigota, Otros</b>			
allopurinol oral tablet 100 mg	(Zyloprim)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	1	ST; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG (colchicine)	1	NM; QL (60 per 30 days)
<i>probencid oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>probencid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antimigraña</b>		
<b>Agentes Antimigraña</b>		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	1	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	1	QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	1	NM; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	1	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	1	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	1	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i> (Imitrex)	1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml Refill</i> (Imitrex STATdose)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85- 500 mg</i> (TrexiMet)	1	QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	1	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (6 per 30 days)
<b>Agentes Antinausea</b>		
<b>Agentes Antinausea</b>		
AKYNZE (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	1	
AKYNZE (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	1	
AKYNZE (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	1	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	1	QL (4.4 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	1	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	1	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	1	
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125 MG (25 MG/ ML FINAL CONC.)</i>	1	PA BvD; QL (6 per 28 days)
<i>fosaprepitant intravenous recon soln 150 mg</i> (Emend (fosaprepitant))	1	QL (2 per 28 days)
<i>granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	1	PA BvD
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	1	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	1	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet (Compazine) 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prochlorperazine rectal suppository (Compro) 25 mg</i>	1	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethazine rectal suppository 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>scopolamine base transdermal patch (Transderm-Skop) 3 day 1 mg over 3 days</i>	1	QL (10 per 30 days)
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<b>Agentes Antiparasitarios</b>		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	1	NM; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i>	1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	1	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG</i>	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	1	NM; NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	1	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	1	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	1	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	1	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	1	PA; NM; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	1	PA; QL (42 per 7 days)
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<b>Agentes Antiparkinson</b>		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	1	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>apomorphine subcutaneous cartridge 10 mg/ml</i> (APOKYN)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	1	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet,disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i> (Stalevo 50)	1	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
<b>Agentes Antipsicóticos</b>		
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
ABILITY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	1	
<i>aripiprazole oral tablet 2 mg</i> (Abilify)	1	QL (60 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	1	ST; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	1	NM; NDS; QL (3.9 per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	1	NM; NDS; QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	1	NM; NDS; QL (2.4 per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	1	NM; NDS; QL (3.2 per 28 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet</i> (Saphris) <i>10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	1	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Clozaril)</i>	1	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	1	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	1	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	1	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml (Haldol Decanoate)</i>	1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	1	NM; NDS; QL (3.5 per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	1	NM; NDS; QL (5 per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	1	NM; NDS; QL (0.75 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	1	NM; NDS; QL (1.5 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	1	NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	1	NM; NDS; QL (0.88 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	1	NM; NDS; QL (1.32 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	1	NM; NDS; QL (1.75 per 84 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	1	NM; NDS; QL (2.63 per 84 days)
<i>loxpiprazole succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, (Latuda)</i> <i>40 mg, 60 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	1	QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	1	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln</i> (Zyprexa) <i>10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg,</i> (Zyprexa) <i>2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating</i> (Zyprexa Zydis) <i>10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>paliperidone oral tablet extended</i> <i>release 24hr 1.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> <i>release 24hr 3 mg, 9 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended</i> <i>release 24hr 6 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2</i> <i>mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200</i> <i>mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended</i> <i>release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300</i> <i>mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	1	ST; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	1	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml (Risperdal)</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	1	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Risperdal)</i>	1	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	1	
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	1	NM; NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	1	NM; NDS; QL (0.35 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 150 MG/0.42 ML	1	NM; NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	1	NM; NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	1	NM; NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	1	NM; NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	1	NM; NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	1	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	1	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	1	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	1	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	1	NM; NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	1	NM; NDS; QL (1 per 28 days)
<b>Agentes Calóricos</b>		
<b>Agentes Calóricos</b>		
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 7 %	1	PA BvD

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	1	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	1	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %  <i>dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %</i>	1	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %</i>	1	
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	1	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	1	PA BvD
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	1	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	1	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	1	PA BvD
<b>Agentes Cardiovasculares</b>		
<b>Agentes Alfa-Adrenérgicos</b>		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-1) 0.1 mg/24 hr	1	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-2) 0.2 mg/24 hr	1	QL (4 per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly (Catapres-TTS-3) 0.3 mg/24 hr	1	QL (8 per 28 days)
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg (Cardura)	1	
droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg (Northera)	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>phenylephrine hcl injection solution 10 mg/ml (Vazculep)</i>	1	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg (Minipress)</i>	1	
<b>Agentes Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg (Pacerone)</i>	1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg (Norpace)</i>	1	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)</i>	1	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)</i>	1	
<i>mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1	
<b>MULTAQ ORAL TABLET 400 MG</b>	1	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, (amiodarone) 400 mg</i>	1	
<i>procainamide injection solution 100 mg/ml, 500 mg/ml</i>	1	
<i>procainamide intravenous syringe 100 mg/ml</i>	1	
<i>propafenone oral capsule,extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	1	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	1	
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release 324 mg</i>	1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos</b>		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg (Tenoretic 100)</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg (Tenoretic 50)</i>	1	
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg (Coreg)</i>	1	
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg (Toprol XL)</i>	1	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg (Lopressor)</i>	1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg (Bystolic)</i>	1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	1	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	(sotalol) 1	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	(sotalol) 1	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	(Sotalol AF) 1	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i>	(Betapace) 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<b>Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio</b>		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	(diltiazem hcl) 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i>	(Taztia XT) 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i>	(Tiadylt ER) 1	
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	(Cartia XT) 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	(Cardizem) 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	(diltiazem hcl) 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	1	
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	1	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	1	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg</i> (Calan SR)	1	
<i>verapamil oral tablet extended release 180 mg, 240 mg</i>	1	
<b>Agentes Cardiovasculares, Varios</b>		
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	1	
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (Lanoxin) (0.25 mg/ml)</i>	1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	1	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	1	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	1	QL (4 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	1	
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	1	NM; NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	1	PA; NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<b>Antagonistas De Receptores De Angiotensina II</b>		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	1	NM
<i>EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG</i>	1	
<i>EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG</i>	1	
<i>ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	1	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	1	
<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	NM
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	1	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	1	NM
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	1	
<b>Dihidropiridinas</b>		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	1	
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	1	
<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	NM
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	1	
<b>Dislipidémicos</b>		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i>	1	NM
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	1	NM; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	1	NM
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i>	1	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i>	1	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	1	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	1	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1	NM; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	1	NM
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	1	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	1	ST; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	1	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	1	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	1	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	1	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	1	NM; QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	1	NM; QL (120 per 30 days)
<b>Diuréticos</b>		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Aldactone)</i>	1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	1	
<i>torsemide oral tablet 20 mg (Soaanz)</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg (Maxzide-25mg)</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg (Maxzide)</i>	1	
<b>Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina</b>		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg (Lotensin)</i>	1	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Lotensin HCT)</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg (Vasotec)</i>	1	
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg (Vaseretic)</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg (Zestril)</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	1	NM
<b>Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona</b>		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	1	
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspira)	1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Vasodilatadores</b>		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradose)	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	1	
<i>minitran transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (nitroglycerin)	1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	1	
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria</b>		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i>	(Lotronex)	1
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i>	(Lotronex)	1
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i>	(Colazal)	1
<i>budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg</i>		1
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i>	(Uceris)	1
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		1
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i>	(Cortenema)	1
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i>	(Delzicol)	1
<i>mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram</i>	(Apriso)	1
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i>	(Lialda)	1
<i>mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg</i>		1
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i>	(Canasa)	1
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	(Azulfidine)	1
<i>sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i>	(Azulfidine EN-tabs)	1
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		
<b>Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	1	QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg (Fosamax)</i>	1	QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	1	QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg (Rocaltrol)</i>	1	
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml (Rocaltrol)</i>	1	
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg (Sensipar)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 60 mg (Sensipar)</i>	1	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg (Sensipar)</i>	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>FORTEO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML)</b>	1	QL (2.4 per 28 days)
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	1	QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	QL (1 per 28 days)
<b>NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE</b>	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg (Zemplar)</i>	1	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	1	
<b>PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML</b>	1	QL (1 per 180 days)
<b>RAYALDEE ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG</b>	1	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg (Actonel)</i>	1	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
risedronate oral tablet 35 mg (Actonel)	1	QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	1	QL (4 per 28 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg (Atelvia)	1	QL (4 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	1	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg	1	
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	1	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml (Reclast)	1	QL (100 per 300 days)
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
<b>Agentes De Trastorno De Sueño</b>		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg (Nuvigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg (Lunesta)	1	QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 100 mg (Provigil)	1	PA; QL (30 per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg (Provigil)	1	PA; QL (60 per 30 days)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml (Xyrem)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	1	PA; QL (30 per 30 days)
tasimelteon oral capsule 20 mg (Hetlioz)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML (sodium oxybate)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	1	QL (30 per 30 days)
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg (Ambien)	1	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<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)	1	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	1	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	1	PA; NM; NDS; 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)	1	PA; NM; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	1	PA; NM; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i> (Cafcit)	1	PA BvD
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	1	
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i>	(Ampyra)	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dextmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	(Focalin)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	(Zenzedi)	1	QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i>	(Zenzedi)	1	QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	(Zenzedi)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	(Adderall XR)	1	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	(Adderall XR)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Adderall)	1	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	(Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	(Tecfidera)	1	PA; NM; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	(Gilenya)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 0.1 mg/ml</i>		1	
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG		1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Copaxone)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Copaxone)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i> (glatiramer)	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Intuniv ER)	1	
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	1	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	1	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	1	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	1	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg	1	QL (30 per 30 days)	
methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg	1	QL (60 per 30 days)	
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg	(Ritalin LA)	1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg	(Ritalin LA)	1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg		1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	(Methylin)	1	QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	(Ritalin)	1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg		1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg	(Metadate ER)	1	QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)		1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg	(Concerta)	1	QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg	(Concerta)	1	QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)		1	QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML		1	PA; NM; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML		1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	1	
TASCENO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERTY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio</b>		
<b>Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros</b>		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	1	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	1	PA BvD
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	1	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-Injector 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	1	PA BvD; NM; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	1	PA BvD; NM; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i> (Daliresp)	1	QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS	
<b>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</b>			
ADVAIR DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	(fluticasone propion-salmeterol)	1	NM; QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	(fluticasone propion-salmeterol)	1	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION		1	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	(fluticasone furoate-vilanterol)	1	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE		1	QL (60 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	(Pulmicort)	1	PA BvD; QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate)	1	QL (60 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate)	1	QL (120 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate)	1	QL (12 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate)	1	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	(fluticasone propionate)	1	QL (21.2 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION	(budesonide-formoterol)	1	QL (30.6 per 30 days)
<b>Antileucotrienos</b>			
montelukast oral tablet 10 mg	(Singulair)	1	
montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg	(Singulair)	1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	(Accolate)	1	
<b>Broncodilatadores</b>			
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	(Proventil HFA)	1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)		1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)		1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %)		1	PA BvD; QL (360 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 2.5 mg/0.5 ml		1	PA BvD; QL (120 per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml		1	
albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr 4 mg, 8 mg		1	
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION		1	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION		1	QL (25.8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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	1	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	1	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	1	PA BvD; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	1	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	1	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	1	QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	1	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 per 30 days)

### Agentes Dentales Y Orales

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>Agentes Dentales Y Orales</b>		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	1	
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	1	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	1	
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	1	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Fluoridex Sensitivity Relief)	1	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Oralone)	1	
<b>Agentes Dermatológicos</b>		
<b>Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos</b>		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	1	
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 valerate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>	1	
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	1	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	1	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i> (Temovate)	1	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	1	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>desoximetasone topical cream 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>desoximetasone topical ointment 0.25 %</i> (Topicort)	1	QL (120 per 30 days)
<i>EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	1	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	1	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	1	
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	1	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	1	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	1	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	1	QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	1	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>protozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i>	1	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	1	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	1	
<b>Agentes Dermatológicos, Otros</b>		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	1	QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ALCOHOL 70% SWABS (Alcohol Pads)	1	
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, (alcohol swabs) MEDICATED	1	
ALCOHOL PREP SWABS (alcohol swabs) TOPICAL PADS, MEDICATED	1	
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	1	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	1	
BD SINGLE USE SWAB (alcohol swabs)	1	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i> (Calsodore)	1	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	1	
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS	1	
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	1	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED	1	
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	1	NM; NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	1	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	1	
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	1	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	1	QL (24 per 30 days)
IV ANTISEPTIC WIPES	1	
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	1	
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	1	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	1	NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	1	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% (alcohol swabs) WIPES	1	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	1	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL (alcohol swabs) PADS	1	
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	1	NM; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	1	
<b>Antibacterianos Dermatológicos</b>		
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i> (Cleocin T)	1	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	1	
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	1	
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	1	QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	1	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	1	
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	1	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	1	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	1	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	1	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	1	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	1	
<i>sulacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i>	1	
<b>Escabicidas Y Pediculicidas</b>		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	1	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	1	
<b>Retinoides Dermatológicos</b>		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	1	
<i>ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %</i>	1	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	1	
<i>TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %</i>	1	
<i>tretinooin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinooin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinooin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	1	PA
<i>tretinooin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	1	PA
<i>tretinooin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	1	PA
<b>Agentes Gastrointestinales</b>		
<b>Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml	1	
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg (Nexium)	1	QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 40 mg (Nexium)	1	QL (60 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg (Nexium Packet)	1	ST; QL (30 per 30 days)
esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg (Nexium Packet)	1	ST; QL (60 per 30 days)
esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg	1	
esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg (Nexium IV)	1	
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	1	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	1	
famotidine oral tablet 20 mg (Acid Controller)	1	
famotidine oral tablet 40 mg (Pepcid)	1	
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 15 mg (Prevacid 24Hr)	1	QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 30 mg (Prevacid)	1	QL (60 per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg (Cytotec)	1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	1	
omeprazole oral capsule,delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram (Zegerid)	1	ST; QL (30 per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg (Protonix)	1	
pantoprazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 20 mg (Protonix)	1	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i>	(Protonix)	1	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i>	(AcipHex)	1	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i>	(Carafate)	1	
<b>Agentes Gastrointestinales, Otros</b>			
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i>	(Carbaglu)	1	PA; NM; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i>	(Gastrocrom)	1	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>		1	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>		1	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>		1	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	(Lomotil)	1	
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<b>GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</b>		1	PA; NM; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i>	(lactulose)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	(Robinul)	1	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	(Robinul Forte)	1	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i>	(Constulose)	1	
<b>LINZESSIONAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG</b>		1	QL (30 per 30 days)
<b>LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM</b>		1	QL (34 per 30 days)
<b>LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM</b>		1	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i>	(Anti-Diarrheal (loperamide))	1	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	(Amitiza)	1	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>		1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 (Reglan) mg, 5 mg</i>	1	
<b>MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG</b>	1	QL (30 per 30 days)
<b>OCALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</b>	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<b>RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML</b>	1	PA; NM; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet (Buphenyl) 500 mg</i>	1	NM; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg (URSO 250)</i>	1	
<i>ursodiol oral tablet 500 mg (URSO Forte)</i>	1	
<b>VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM</b>	1	QL (30 per 30 days)
<b>XERMELO ORAL TABLET 250 MG</b>	1	PA; NM; NDS; QL (84 per 28 days)
<b>Enlaces De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	1	
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	1	
<b>PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML</b>	1	
<i>sevelamer carbonate oral powder in (Renvela) packet 0.8 gram, 2.4 gram</i>	1	NM; NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 (Renvela) mg</i>	1	
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	1	
<b>Laxantes</b>		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	1	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72- (peg 3350-electrolytes) 6.72 -5.84 gram</i>	1	
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74- (peg 3350-electrolytes) 6.74 -5.86 gram</i>	1	
<i>gavilyte-n oral recon soln 420 gram (peg-electrolyte soln)</i>	1	
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	1	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral (Suprep Bowel Prep Kit) recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i>	1	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL (sodium,potassium,mag RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 sulfates) GRAM	1	
SUTAB ORAL TABLET 1.479- 0.188- 0.225 GRAM	1	
<b>Agentes Genitourinarios</b>		
<b>Agentes Genitourinarios, Varios</b>		
<i>alfuzosin oral tablet extended release (Uroxatral) 24 hr 10 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg (Avodart)</i>	1	
<i>finasteride oral tablet 5 mg (Proscar)</i>	1	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg (Flomax)</i>	1	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tiopronin oral tablet 100 mg (Thiola)</i>	1	NM; NDS
<b>Antiespasmódicos, Urinario</b>		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i>	1	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1	
<i>tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	1	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	1	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	1	
<b>Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador</b>		
<b>Agentes Tiroideos Y Antitiroideos</b>		
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	1	
<b>Andrógenos</b>		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	1	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	1	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	1	PA; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	1	PA; QL (300 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	1	PA; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	1	PA; QL (2 per 28 days)
<b>Estrógenos Y Antiestrógenos</b>		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	1	QL (8 per 28 days)
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	1	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	
<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)	1	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)	1	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvafem)	1	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	1	
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	1	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>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	1	QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	1	
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	1	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	1	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	1	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	1	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	1	
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	1	QL (18 per 28 days)
<b>Glucocorticoides/Mineralocorticoide</b>		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	1	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i>	1	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	1	
<b>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 100 MG/2 ML</b>	1	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	1	
<b>Pituitario</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	1	PA; NM; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml (DDAVP)</i>	1	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg (DDAVP)</i>	1	
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	1	NM; NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml (Somatuline Depot)</i>	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	1	PA NSO; NM; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	1	PA NSO; NM; NDS
NORDITROPIN FLEXPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml (Sandostatin)</i>	1	
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml (Sandostatin)</i>	1	NM; NDS
<i>octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml)</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	1	PA NSO; NM; NDS
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	1	PA; NM; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML (lanreotide)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; NM; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 2 MG/ML	1	PA; NM; NDS
<b>Progestinas</b>		
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	1	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	1	
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	1	
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	1	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
<b>Agentes Inmunológicos</b>		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	1	PA; NM; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	1	NM; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	1	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	1	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	1	PA; NM; NDS
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	1	PA; NM; NDS
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	1	PA BvD
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	1	PA; NM; NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> (Zortress)	1	PA BvD; NM; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NM; NDS
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA; NM; NDS
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	1	PA BvD; NM; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml (cyclosporine modified)</i>	1	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	1	PA; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	1	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA; NM; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	1	PA; NM; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	1	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	1	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	1	PA BvD
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA BvD; NM; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	1	PA BvD; NM; NDS
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	PA; NM; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	1	PA; NM; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	1	PA; NM; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; NM; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	1	PA; NM; NDS
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	1	PA; NM; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	1	PA BvD; NM; NDS

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	1	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	1	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	1	
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	1	PA NSO; NM; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	1	NM; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; NM; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i> (Rapamune)	1	PA BvD; NM; NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	1	PA; NM; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	1	PA; NM; NDS

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	1	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	1	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	1	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	1	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	1	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	1	PA BvD

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	1	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	1	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	1	
IPOV INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	1	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	1	
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	1	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	1	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	1	
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	1	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	1	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	1	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	1	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PREHEVBRIOP (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	1	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	1	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	1	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	1	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	1	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	1	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	1	
ROTAQE VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	1	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	1	QL (2 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>
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML (tetanus-diphtheria toxoids-td)	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	1	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	1	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	1	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	1	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	1	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	1	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML (typhoid vi polysacch vaccine)	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	1	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	1	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	1	
<b>Agentes Oftálmicos</b>		
<b>Agentes Antiglaucoma</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	1	
<b>ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %</b>	1	
<b>AZOPT OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %</b>	1	NM
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i>	1	
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops 0.2-0.5 %</i>	1	
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml</i>	1	
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %</i>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<b>LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %</b>	1	QL (2.5 per 25 days)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %</i>	1	
<b>RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %</b>	1	QL (2.5 per 25 days)
<b>ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %</b>	1	QL (2.5 per 25 days)
<b>SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %</b>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	1	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>	1	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	1	
<i>bleph-10 ophthalmic (eye) drops 10 %</i> (sulfacetamide sodium)	1	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	1	QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Zymaxid)	1	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	1	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	1	
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	1	
<b>NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %</b>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	1	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	1	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	1	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	1	
<b>Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta</b>		
ALREX OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 %	1	ST; QL (10 per 25 days)
BROMSITE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.075 %	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	1	
<i>disfluprednate ophthalmic (eye) drops (Durezol) 0.05 %</i>	1	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	1	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	1	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) (DermOtic Oil) drops 0.01 %</i>	1	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) (FML Liquifilm) drops,suspension 0.1 %</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	1	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)</i>	1	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	1	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	1	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Acular)</i>	1	QL (10 per 25 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>
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	1	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS, GEL 0.38 %	1	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops, gel 0.5 %</i>	1	QL (10 per 13 days)
<i>mometasone nasal spray, non-aerosol 50 mcg/actuation</i>	1	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops, suspension 1 %</i>	1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	1	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.05 %	1	QL (5.5 per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 0.05 %	1	NM; QL (60 per 30 days)
XHANCE NASAL AEROSOL BREATH ACTIVATED 93 MCG/ACTUATION	1	ST; QL (32 per 30 days)
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	1	QL (60 per 30 days)
<b>Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios</b>		
<i>apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	1	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 % (Isopto Atropine)</i>	1	
<i>azelastine nasal aerosol, spray 137 mcg (0.1 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine nasal spray, non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i>	1	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	1	
<i>cyclopentolate ophthalmic (eye) drops 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	1	
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	1	PA; NM; NDS; QL (60 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>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	1	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	1	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	1	QL (15 per 10 days)
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 1.5 %</i>	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Relf)	1	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	1	
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Alcaine)	1	
<b>Agentes Terapeuticos</b>		
<b>Misceláneos</b>		
<b>Agentes Terapeuticos Misceláneos</b>		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	1	PA; NM; NDS
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	1	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	1	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	1	PA; NM; NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	1	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg (Vistaril)</i>	1	
IGALMI SUBLINGUAL FILM 120 MCG, 180 MCG	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>leucovorin calcium injection recon soln 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	1	
<i>leucovorin calcium injection solution 10 mg/ml</i>	1	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	
<i>levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml</i> (Carnitor)	1	
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i> (Carnitor)	1	
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i> (Mesnex)	1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NM; NDS
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION 94.5 MG/0.5 ML	1	PA; NM; NDS
<i>pyridostigmine bromide oral syrup 60 mg/5 ml</i> (Mestinon)	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>	1	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	1	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	1	QL (30 per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	1	PA; NM; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	1	PA; NM; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (56 per 28 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	1	QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	1	PA; NM; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	1	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	1	
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
<b>Agentes Vasodilatadores</b>		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	1	PA; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET 125 MG, 62.5 MG (bosentan)	1	PA; NM; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	1	PA; NM; NDS; QL (112 per 28 days)
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	1	PA; NM; NDS
<b>Analgésicos</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<b>Agentes Antiinflamatorios No Esteroides</b>		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	1	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	1	QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	1	PA; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	1	PA; NM; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	1	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	1	
<i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (naproxen)	1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	1	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ibu oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800- 26.6 mg</i> (Duexis)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	1	QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	1	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (EC-Naproxen)	1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	1	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1	
<b>Analgésicos, Varios</b>		
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 ml cup outer 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml)</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	1	QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (codeine-butalbital-asa-caff)	1	QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml</i> (Buprenex)	1	
<i>buprenorphine hcl injection syringe 0.3 mg/ml</i>	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i> (Esgic)	1	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>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet 50-325-40 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule 30-50-325-40 mg</i> (Ascomp with Codeine)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	1	
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml</i> (Dilaudid)	1	QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>methadone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet,soluble 40 mg (methadone)</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG	1	QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG	1	QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg, 60 mg (MS Contin)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg (MS Contin)</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral solution 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1300 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg (Roxicodone)</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet,oral only,ext.rel.12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg (OxyContin)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg (Endocet)</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg (Endocet)</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg (Endocet)</i>	1	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)	1	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120 per 30 days)
<i>oxymorphone oral tablet 5 mg</i>	1	QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	1	QL (300 per 30 days)
<b>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG</b>	1	QL (60 per 30 days)
<b>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG</b>	1	QL (120 per 30 days)
<b>XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG</b>	1	QL (240 per 30 days)
<b>Anestésicos</b>		
<b>Anestesia Local</b>		
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	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	
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	1	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	1	PA
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	1	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	1	PA; QL (30 per 30 days)
<b>ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %</b>	1	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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>	
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>			
<b>Antagonistas De Metales Pesados</b>			
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	(Jadenu Sprinkle)	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	(Jadenu)	1	PA; NM; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	(Jadenu)	1	PA
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	(Exjade)	1	PA; NM; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i>	(Ferriprox)	1	PA; NM; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG		1	PA; NM; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		1	PA; NM; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	(Depen Titratabs)	1	PA; NM; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	(Syprine)	1	PA; NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>			
<b>Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)</b>			
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	(Cleocin)	1	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	(Vandazole)	1	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		1	
<b>Antibacterianos</b>			
<b>Aminoglicósidos</b>			
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>		1	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>		1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	1	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	1	NM; NDS
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	1	PA BvD; NM; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	1	
<b>Antibacteriales, Misceláneos</b>		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	1	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	1	
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	1	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	1	
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	1	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	1	NM; NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	1	NM; NDS
<i>FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML</i> (vancomycin)	1	
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	1	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	1	NM; NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	1	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrodantin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	1	QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	1	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	1	QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	1	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<b>Antibióticos B-Lactam Misceláneos</b>		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	1	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	1	
<b>Cefalosporinas</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	1	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	1	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	1	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	1	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	1	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	1	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	1	
<i>cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1	
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	1	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	1	NM; NDS
<b>Macrólidos</b>		
<i>azithromycin intravenous recon soln (Zithromax) 500 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg (Zithromax)</i>	1	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	1	NM; NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	1	NM; NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i>	(EryPed 400)	1
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1
<b>Penicilinas</b>		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>		1
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>		1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>		1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i>	(Augmentin)	1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i>	(Augmentin ES-600)	1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	(Augmentin)	1
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		1
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>		1
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i>	(Unasyn)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	1	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	1	
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram</i>	1	NM; NDS
<i>nafcillin injection recon soln 2 gram</i>	1	
<i>penicillin g potassium injection recon (Pfizerpen-G) soln 20 million unit</i>	1	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 (penicillin g potassium) million unit</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	1	
<i>piperacil-tazobact 3.375 gm vl inner, suv 3.375 gram</i>	1	
<b>Quinolonas</b>		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, (Cipro) 500 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>ciprofloxacin oral (Cipro) suspension,microcapsule recon 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	1	
<b>Sulfonamidas</b>		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	
<b>Tetraciclinas</b>		
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	1	
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>monodoxyne nl oral capsule 100 mg (doxycycline monohydrate)</i>	1	
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg (Tygacil)</i>	1	NM; NDS
<b>Anticonceptivos</b>		
<b>Anticonceptivos</b>		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>	1	
<i>amethia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) (l norgest/e.estriadiol-e.estrad)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg (desogestrel-ethinyl estradiol)</i>	1	
<i>aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg</i>	1	
<i>ashlyna oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) (l norgest/e.estriadiol-e.estrad)</i>	1	QL (91 per 84 days)
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg (levonorgestrel-ethinyl estrad)</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg (norethindrone ac-eth estradiol)</i>	1	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) (norethindrone-e.estriadiol-iron)</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (norethindrone-e.estriadiol-iron)</i>	1	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	1	
<i>elonest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG		1	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>estarrylla oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1-50 (28))	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	1	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>hailey oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	1	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>jaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(l norgest/e.estriadiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estriadiol/e.estriadiol)	1	
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (LoJaimiess)	1	QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i> (Amethia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	1	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i> (norethindrone-e.estradiol-iron)	1	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (levonorg-eth estrad triphasic)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i> (Afirmelle)	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (Altavera (28))	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i> (Iclevia)	1	QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i> (Enpresse)	1	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i> (levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>lojaimiess oral tablets, dose pack, 3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estriadiol-e.estrad)	1	QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	1	
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>lyeq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estriadiol-iron)	1	
<i>mil oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>mono-linyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Aurovela 1.5/30 (21))	1	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Aurovela 1/20 (21))	1	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Merzee)	1	
<i>norethindrone-e.estriadiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tri-Legest Fe)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(Tri-Lo-Estarrylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(Tri-Estarrylla)	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Estarrylla)	1	
<i>norlyda oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		1	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		1	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		1	
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	
<i>orsythia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		1	
<i>pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	1	
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>		1	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	1	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	1	

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

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

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i> (ethynodiol diac-eth estradiol)	1	
<i>zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg</i> (drospirenone-ethinyl estradiol)	1	
<b>Anticonvulsivos</b>		
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	1	QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	1	QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Carbatrol)	1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Tegretol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i> (Epitol)	1	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Tegretol XR)	1	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg</i>	1	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i> (Onfi)	1	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Onfi)	1	QL (60 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 5-7.5-10 mg</i> (Diastat AcuDial)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>diazepam rectal kit 2.5 mg</i> (Diastat)	1	
<i>divalproex oral capsule, delayed release sprinkle 125 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	1	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	1	NM; NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS
<i>fosphénytoïne injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	1	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	1	ST; NM; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	1	ST; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	1	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	1	QL (1200 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	1	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	1	
<i>lamotrigine oral tablet,disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	1	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	1	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	1	
<i>NAYZILAM NASAL SPRAY,NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)</i>	1	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	1	
<i>phenytoin oral tablet,chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	1	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	1	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	1	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	1	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	1	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	1	ST; NM; NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	1	PA BvD; NM; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	1	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	1	PA NSO; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	1	PA NSO; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	1	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	1	NM; NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadron)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadron)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadron oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	1	PA NSO; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	1	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	1	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	1	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	1	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	1	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	PA NSO; NM; NDS; QL (1080 per 30 days)
<b>Antidepresivos</b>		
<b>Antidepresivos</b>		
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	1	ST; NM; NDS
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg (Wellbutrin XL)	1	
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg (Wellbutrin SR)	1	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	1	QL (600 per 30 days)
citalopram oral tablet 10 mg (Celexa)	1	QL (120 per 30 days)
citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg (Celexa)	1	QL (30 per 30 days)
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg (Anafranil)	1	
desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg (Norpramin)	1	
desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg	1	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg (Pristiq)	1	QL (30 per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg (Cymbalta)	1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	1	ST; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg (Lexapro)	1	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	1	ST

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, (Prozac) 40 mg</i>	1	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	1	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>maprotiline oral tablet 25 mg, 75 mg</i>	1	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	1	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg (Remeron)</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	1	
<i>mirtazapine oral tablet,disintegrating (Remeron SolTab) 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	1	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 (Pamelor) mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 (Paxil) mg/5 ml</i>	1	
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 (Paxil) mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4- 25 mg, 4-50 mg</i>	1	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg (Nardil)</i>	1	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml (Zoloft)</i>	1	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, (Zoloft) 50 mg</i>	1	
SPRAVATO NASAL SPRAY,NON- AEROSOL 28 MG	1	PA NSO

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	1	PA NSO; NM; NDS
<i>tranylcypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	1	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	
VIIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	1	
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	1	QL (30 per 30 days)
<b>Antifúngicos</b>		
<b>Antifúngicos</b>		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	1	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	1	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg</i>	1	
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i>	1	QL (19.8 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	1	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i>	1	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	1	QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	1	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	1	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	(Diflucan) 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	(Diflucan) 1	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	(Ancobon) 1	NM; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	(Sporanox) 1	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	1	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i>	(Extina) 1	ST; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	1	QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	1	
<b>NOXAFILE ORAL SUSP,DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG</b>	1	PA; NM; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i>	(nystatin) 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	1	QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	1	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i>	(Nyamyc) 1	QL (60 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	1	
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	1	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram (nystatin)</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Noxafil)</i>	1	PA; NM; NDS
<i>posaconazole oral tablet,delayed release (dr/ec) 100 mg (Noxafil)</i>	1	PA; NM; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg (Vfend IV)</i>	1	PA BvD; NM; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml) (Vfend)</i>	1	PA; NM; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg (Vfend)</i>	1	
<b>Antihistamínicos</b>		
<b>Antihistamínicos</b>		
<i>cycloheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml (Diphen)</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg (24HR Allergy Relief)</i>	1	
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	1	
<b>Antimicobacteriales</b>		
<b>Antimicobacteriales</b>		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	1	
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	1	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	1	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	1	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	1	PA; NM; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	1	
<b>Antivirales (Sítémico)</b>		
<b>Antirretrovirales</b>		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i> (Ziagen)	1	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i> (Epzicom)	1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i> (Trizivir)	1	NM; NDS
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML)	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	1	NM; NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	1	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	1	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	1	NM; NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	1	NM; NDS
<i>darunavir ethanolate oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	1	NM; NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	1	NM; NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	1	NM; NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	1	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	1	NM; NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	1	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	1	NM; NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	1	NM; NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	1	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i> (Truvada)	1	NM; NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	1	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg (Intelence)</i>	1	NM; NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	1	NM; NDS
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg (Lexiva)</i>	1	NM; NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	1	NM; NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	1	NM; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	1	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	1	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	1	NM; NDS
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	1	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	1	NM; NDS
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml (Epivir)</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg (Epivir)</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg (Combivir)</i>	1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml (Kaletra)</i>	1	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg (Kaletra)</i>	1	QL (300 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg (Kaletra)</i>	1	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg (Selzentry)</i>	1	NM; NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	1	
<b>NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG</b>	1	
<b>NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML</b>	1	
<b>ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG</b>	1	NM; NDS
<b>PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG</b>	1	NM; NDS
<b>PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG</b>	1	NM; NDS
<b>PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML</b>	1	NM; NDS
<b>PREZISTA ORAL TABLET 150 MG</b>	1	NM; NDS
<b>PREZISTA ORAL TABLET 75 MG</b>	1	
<b>RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML</b>	1	
<b>REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG</b>	1	NM; NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension,extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	1	NM; NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg (Norvir)</i>	1	
<b>RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG</b>	1	NM; NDS
<b>SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML</b>	1	NM; NDS
<b>SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG</b>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	1	NM; NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	1	NM; NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	1	NM; NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	1	NM; NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	1	NM; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	1	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	1	NM; NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	1	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	1	NM; NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	1	(abacavir-lamivudine-zidovudine) NM; NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	1	NM; NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	1	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	1	NM; NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	1	NM; NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	NM; NDS
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	1	
<b>Antivirales Hcv</b>		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
<b>Antivirales, Varios</b>		
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	1	PA BvD
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	1	QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	1	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID 150-100 MG PACK (RENAL DOSE)(EUA) INNER	1	
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	1	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	1	PA; NM; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	1	PA; NM; NDS; 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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	1	PA; NM; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	1	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	1	
XOFLUZA 40 MG TAB (80 MG DOSE)	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	1	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	1	QL (2 per 180 days)
<b>Interferones</b>		
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	1	PA NSO; NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	1	NM; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	1	NM; NDS
<b>Nucleósidos Y Nucleótidos</b>		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	1	
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	1	PA BvD
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	1	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	1	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	1	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	1	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	1	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	1	
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	1	

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

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

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	1	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	1	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
BD INS SYRN UF 1 ML (insulin syringe-needle 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" (insulin syringe-needle 1 ML 25 GAUGE X 5/8" u-100)	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (Comfort EZ Insulin (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" Syringe)	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE (insulin syringe needleless)	1	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML (Easy Touch Luer Lock Insulin)	1	
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		1
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		1
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		1
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		1
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "(gauze bandage)	1	
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "(gauze bandage)	1	
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	1	
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	

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

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

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

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

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		1
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	1	
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	1	
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30 (Ultra Comfort Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16" (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	1
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	1
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		1
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		1
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		1

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	1
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	1
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Lite Touch Insulin Syringe)	1
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		1
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
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)	1
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		1
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		1
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		1
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	1
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	1
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(BD Ultra-Fine Micro Pen Needle)	1
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	1
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	1
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	1
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC) (insulin syringes (disposable))	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 SYRINGE 1 ML 1 ML (insulin syringe-needle 31 GAUGE X 5/16 u-100)	1	
NOVOFINE 30 NEEDLE	1	
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"	1	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	1	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	1	QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	1
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	1
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	1
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	1
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		1
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		1
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	1
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		1

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle)	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	1	
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	1	
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 (Lite Touch Insulin Syringe)	1	
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	1	
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	1	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM (Comfort EZ PRO 31 GAUGE X 5/32" Safety Pen Ndl)	1	
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X (pen needle, diabetic, 31G 31 GAUGE X 3/16" safety)	1	
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	1	
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	1	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	1	
SM STERILE PADS 2" X 2" 2"X2", (gauze bandage) STERILE 2 X 2 "	1	
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	1	
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"	1	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		1
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		1
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		1
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		1
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		1
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		1
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		1
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		1
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		1

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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 INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1	
TERUMO INS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	1	
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)	1	
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	1	
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)	1	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	1
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	1
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE		1

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" (insulin syringe-needle 1 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	1	
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	1	
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	1	
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "	1	
V-GO 20 DEVICE	1	
V-GO 30 DEVICE	1	
V-GO 40 DEVICE	1	
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		
<b>Preparaciones De Reemplazo</b>		

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>calcium chloride intravenous syringe 100 mg/ml (10 %)</i>	1	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>electrolyte-148 intravenous parenteral solution</i> (Plasma-Lyte 148)	1	
<b>ISOLYTE S IV SOLUTION-EXCEL SINGLE USE</b>	1	
<b>ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	1	
<b>ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %</b>	1	
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (potassium chloride)	1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	1	
<i>magnesium sulfate injection syringe 4 meq/ml</i>	1	
<b>NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b>	1	
<b>PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION</b> (electrolyte-a)	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	1	PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet (K-Tab) extended release 10 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet (Klor-Con 8) extended release 8 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 10) release 10 meq (1,080 mg)</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 15) release 15 meq</i>	1	
<i>potassium citrate oral tablet extended (Urocit-K 5) release 5 meq (540 mg)</i>	1	
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	1	
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback</i>	1	
<b>Productos</b>		
<b>Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen</b>		
<b>Agentes Hematológicos, Varios</b>		
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg (Agrylin)</i>	1	
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	1	
<i>CABLIVI INJECTION KIT 11 MG</i>	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	1	
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	1	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	1	PA
<i>tranexamic acid intravenous solution (Cyklokapron) 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i>	1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	1	
<b>Anticoagulantes</b>		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 150 (Pradaxa) mg, 75 mg</i>	1	ST; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	1	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	1	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	1	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution (Lovenox) 300 mg/3 ml</i>	1	QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	1	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe (Lovenox) 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 (Lovenox) mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 (Lovenox) mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 (Lovenox) mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 10 mg/0.8 ml</i>	1	NM; NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 (Arixtra) mg/0.4 ml</i>	1	NM; NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe (Arixtra) 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	NM; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	1	

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

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

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	1	PA; NM; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	1	PA; NM; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	1	NM; NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
NEULASTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	1	PA; NM; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	1	PA; NM; NDS; QL (60 per 30 days)
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	1	PA; NM; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	1	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	1	PA; QL (4 per 28 days)
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	1	PA; NM; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	1	PA; NM; NDS
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
<b>Reemplazo/Modificadores De Enzima</b>		
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	1	PA; NM; NDS
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG <i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	1	PA; NM; NDS; QL (14 per 28 days) PA; NM; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	1	PA; NM; NDS
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	1	PA; NM; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	1	PA BvD; NM; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	1	PA; NM; NDS
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	1	PA; NM; LA; NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	1	PA; NM; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000- 17,000- 24,000 UNIT	1	
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<b>Relajantes Musculares Esqueléticos</b>		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg	1	
dantrolene oral capsule 25 mg (Dantrium)	1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
revonto intravenous recon soln 20 mg (dantrolene)	1	
tizanidine oral tablet 2 mg	1	
tizanidine oral tablet 4 mg (Zanaflex)	1	
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
<b>Vitaminas Y Minerales</b>		
bal-care dha combo pack 27-1-430 mg	1	
bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg	1	
c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg	1	
completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg	1	
folivane-ob capsule 85-1 mg	1	
kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg	1	
marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg	1	
m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1	
mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal oral tablet 90-1-50 mg	1	
mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg	1	
mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg	1	
newgen tablet 32-1,000 mg-mcg	1	
niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg	1	

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

<b>Nombre del Medicamento</b>	<b>Nivel del Medicamento</b>	<b>Requerimientos/ Límites</b>
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	1	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	1	
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron- 1,000 mcg</i>	1	
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	1	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron- 1 mg -430 mg</i>	1	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	1	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	1	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	1	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	1	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	1	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	1
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)	1
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta 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>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg (pnv,calcium 72-iron-folic acid)</i>	1	
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	1	
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg- 320 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	1	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	1	
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1- 400 mg</i>	1	
<i>vinate care oral tablet,chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	1	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	1	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	1	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	1	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	1	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	1	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	1	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	1	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	1	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	1	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	1	

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



## ÍNDICE

<b>1</b>	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS .....	134
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS .....	134
<b>A</b>	
abacavir.....	127
abacavir-lamivudine.....	127
abacavir-lamivudine-zidovudine .....	127
ABELCET .....	124
ABILIFY MAINTENA.....	30
abiraterone .....	3
ABOUTTIME PEN NEEDLE .....	134
ABRAXANE.....	3
ABRYSVO.....	82
acamprosate .....	17
acarbose .....	19
accutane .....	63
acebutolol .....	39
acetaminophen-codeine.....	96
acetazolamide.....	87
acetazolamide sodium .....	87
acetic acid .....	88
acetylcysteine .....	56
acitretin .....	63
ACTEMRA .....	77
ACTEMRA ACTPEN.....	77
ACTHAR .....	75
ACTHIB (PF).....	82
ACTIMMUNE .....	92
acyclovir .....	63, 133
acyclovir sodium .....	133
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ..	82
adapalene .....	66
<i>adefovir</i> .....	133
ADEMPAS .....	94
<i>adrucil</i> .....	3
ADVAIR DISKUS .....	58
ADVAIR HFA.....	58
ADVOCATE PEN NEEDLE .....	135
ADVOCATE SYRINGES..	134,
135	
<i>afirmelle</i> .....	108
AJOVY AUTOINJECTOR ..	24
AJOVY SYRINGE .....	24
AKEEGA.....	3
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) .....	25
AKYNZEO (NETUPITANT) .....	25
<i>ala-cort</i> .....	61
<i>albendazole</i> .....	27
<i>albuterol sulfate</i> .....	59
<i>alclometasone</i> .....	61
ALCOHOL PADS .....	64
ALCOHOL PREP PADS .....	64
ALCOHOL PREP SWABS .....	64
ALCOHOL SWABS .....	64
ALCOHOL WIPES .....	65
ALECENSA .....	3
<i>alendronate</i> .....	50
<i>alfuzosin</i> .....	70
ALIMTA.....	3
<i>aliskiren</i> .....	48
<i>allopurinol</i> .....	23, 24
<i>alosetron</i> .....	49
ALPHAGAN P .....	87
<i>alprazolam</i> .....	18
ALREX .....	90
<i>altavera</i> (28) .....	108
ALTRENO.....	66
ALUNBRIG .....	3
<i>alyacen</i> 1/35 (28) .....	108
<i>alyacen</i> 7/7/7 (28) .....	108
<i>alyq</i> .....	94
<i>amabelz</i> .....	72
<i>amantadine hcl</i> .....	28
<i>ambrisentan</i> .....	94
<i>amethia</i> .....	108
<i>amiloride</i> .....	46
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	46
<b>AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)</b> .....	35
<i>amiodarone</i> .....	38
<i>amitriptyline</i> .....	121
<i>amlodipine</i> .....	43
<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	44
<i>amlodipine-benazepril</i> .....	43
<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	43
<i>amlodipine-valsartan</i> .....	43
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i> .....	43
<i>ammonium lactate</i> .....	64
<i>amoxapine</i> .....	121
<i>amoxicillin</i> .....	105
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	105
<i>amphotericin b</i> .....	124
<i>amphotericin b liposome</i> ..	124
<i>ampicillin</i> .....	105
<i>ampicillin sodium</i> .....	105
<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	105
<i>anagrelide</i> .....	175
<i>anastrozole</i> .....	3
ANORO ELLIPTA .....	59
<i>apomorphine</i> .....	28
APONVIE .....	25
<i>apraclonidine</i> .....	91

<i>aprepitant</i> .....	26
APRETUDE .....	127
<i>apri</i> .....	108
APTIOM .....	117
APTIVUS .....	127
AQINJECT PEN NEEDLE ..	135
<i>aranelle</i> (28) .....	108
ARCALYST .....	77
AREXVY (PF) .....	82
AREXVY ANTIGEN COMPONENT .....	82
<i>aripiprazole</i> .....	30
ARISTADA .....	30
ARISTADA INITIO .....	30
<i>armodafinil</i> .....	51
ARNUITY ELLIPTA .....	58
<i>ascomp</i> with <i>codeine</i> .....	96
<i>asenapine maleate</i> .....	30
<i>ashlyna</i> .....	108
<i>aspirin-dipyridamole</i> .....	177
ASSURE ID DUO-SHIELD	135
ASSURE ID INSULIN SAFETY .....	135, 136
ASSURE ID PEN NEEDLE	135
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE .....	135
<i>atazanavir</i> .....	127
<i>atenolol</i> .....	39
<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	39
<i>atomoxetine</i> .....	52
<i>atorvastatin</i> .....	44
<i>atovaquone</i> .....	27
<i>atovaquone-proguanil</i> .....	27
<i>atropine</i> .....	91
ATROVENT HFA .....	59
<i>aubra eq.</i> .....	108
<i>aurovela</i> 1.5/30 (21) .....	108
<i>aurovela</i> 1/20 (21) .....	108
<i>aurovela</i> 24 fe .....	108
<i>aurovela</i> fe 1.5/30 (28) .....	108
<i>aurovela</i> fe 1-20 (28) .....	109
AUSTEDO .....	52
AUSTEDO XR .....	52
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	52
AUVELITY .....	121
<i>aviane</i> .....	109
AVONEX .....	52
<i>ayuna</i> .....	109
AYVAKIT .....	3
<i>azacitidine</i> .....	3
<i>azathioprine</i> .....	77
<i>azathioprine sodium</i> .....	77
<i>azelastine</i> .....	91
<i>azithromycin</i> .....	104
AZOPT .....	87
<i>aztreonam</i> .....	102
<i>azurette</i> (28) .....	109
<b>B</b>	
<i>bacitracin</i> .....	88
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	88
<i>baclofen</i> .....	180
<i>bal-care dha</i> .....	181
<i>bal-care dha essential</i> .....	181
<i>balsalazide</i> .....	49
BALVERSA .....	3
<i>balziva</i> (28) .....	109
BCG VACCINE, LIVE (PF). .	83
BD ALCOHOL SWABS .....	64
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	136
BD ECLIPSE LUER-LOK..	136
BD INSULIN SYRINGE ....	136
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) .....	136
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP .....	136
BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	136
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....	136
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	136
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE .....	136, 137
BD SAFETYGLIDE NEEDLE .....	137
BD SAFETYGLIDE SYRINGE .....	137
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....	137
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....	137
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....	137
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE .....	137
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....	137
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....	137
BD VEO INSULIN SYRINGE UF .....	137, 138
BELSOMRA .....	51
<i>benazepril</i> .....	47
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	47
<i>bendamustine</i> .....	3
BENDAMUSTINE .....	3
BENDEKA .....	4
BENLYSTA .....	77
<i>benztropine</i> .....	28
BESREMI .....	77
<i>betaine</i> .....	92
<i>betamethasone acet,sod phos</i> . 73	
<i>betamethasone dipropionate</i> .. 61	
<i>betamethasone valerate</i> ... 61, 62	
<i>betamethasone, augmented</i> .. 62	
BETASERON .....	52
<i>betaxolol</i> .....	39
<i>bethanechol chloride</i> .....	70
<i>bexarotene</i> .....	4
BEXZERO .....	83
<i>bicalutamide</i> .....	4
BICILLIN L-A .....	106

BIKTARVY .....	127
<b>bisoprolol fumarate</b> .....	39
<b>bisoprolol-hydrochlorothiazide</b> .....	39
<b>bleomycin</b> .....	4
<b>bleph-10</b> .....	88
<b>blisovi 24 fe</b> .....	109
<b>blisovi fe 1.5/30 (28)</b> .....	109
<b>blisovi fe 1/20 (28)</b> .....	109
<b>BOOSTRIX TDAP</b> .....	83
<b>BORDERED GAUZE</b> .....	138
<b>bortezomib</b> .....	4
<b>BORTEZOMIB</b> .....	4
<b>BOSULIF</b> .....	4
<b>BRAFTOVI</b> .....	4
<b>BREO ELLIPTA</b> .....	58
<b>BREZTRI AEROSPHERE</b> .....	60
<b>briellyn</b> .....	109
<b>BRILINTA</b> .....	177
<b>brimonidine</b> .....	87
<b>brimonidine-timolol</b> .....	87
<b>BRIVIACT</b> .....	117
<b>bromocriptine</b> .....	28
<b>BROMSITE</b> .....	90
<b>BRUKINSA</b> .....	4
<b>budesonide</b> .....	49, 58
<b>bumetanide</b> .....	46
<b>buprenorphine hcl</b> .....	17, 96
<b>buprenorphine-naloxone</b> .....	17
<b>bupropion hcl</b> .....	121, 122
<b>bupropion hcl (smoking deter)</b> .....	17
<b>buspirone</b> .....	92
<b>butalbital-acetaminophen-caff</b> .....	96
<b>butalbital-aspirin-caffeine</b> .....	97
<b>C</b>	
<b>CABENUVA</b> .....	128
<b>cabergoline</b> .....	28
<b>CABLIVI</b> .....	175
<b>CABOMETYX</b> .....	4
<b>cabotegravir</b> .....	128
<b>caffeine citrate</b> .....	52
<b>calcipotriene</b> .....	64
<b>calcitonin (salmon)</b> .....	50
<b>calcitriol</b> .....	50
<b>calcium acetate(phosphat bind)</b> .....	69
<b>calcium chloride</b> .....	174
<b>CALQUENCE</b> .....	4
<b>CALQUENCE</b> (ACALABRUTINIB MAL) .....	4
<b>camila</b> .....	109
<b>candesartan</b> .....	42
<b>candesartan-hydrochlorothiazid</b> .....	42
<b>CAPLYTA</b> .....	31
<b>CAPRELSA</b> .....	4
<b>captopril</b> .....	47
<b>carbamazepine</b> .....	117
<b>carbidopa-levodopa</b> .....	28
<b>carbidopa-levodopa-entacapone</b> .....	28, 29
<b>CAREFINE PEN NEEDLE</b> . 138	
<b>CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD</b> .....	64
<b>CARETOUCH INSULIN SYRINGE</b> .....	138, 139
<b>CARETOUCH PEN NEEDLE</b> .....	138
<b>carglumic acid</b> .....	68
<b>carteolol</b> .....	87
<b>cartia xt</b> .....	40
<b>carvedilol</b> .....	39
<b>caspofungin</b> .....	124
<b>CAYSTON</b> .....	102
<b>caziant (28)</b> .....	109
<b>cefaclor</b> .....	103
<b>cefadroxil</b> .....	103
<b>cefazolin</b> .....	103
<b>cefazolin in dextrose (iso-os)</b> .....	103
<b>cefdinir</b> .....	103
<b>cefepime</b> .....	103
<b>cefixime</b> .....	103
<b>cefotaxime</b> .....	103
<b>cefoxitin</b> .....	103
<b>cefpodoxime</b> .....	103
<b>cefprozil</b> .....	103
<b>ceftazidime</b> .....	103
<b>ceftriaxone</b> .....	104
<b>cefuroxime axetil</b> .....	104
<b>cefuroxime sodium</b> .....	104
<b>celecoxib</b> .....	95
<b>cephalexin</b> .....	104
<b>CERDELGA</b> .....	179
<b>cevimeline</b> .....	61
<b>chateal eq (28)</b> .....	109
<b>chloramphenicol sod succinate</b> .....	101
<b>chlordiazepoxide hcl</b> .....	18
<b>chlorhexidine gluconate</b> .....	61
<b>chloroquine phosphate</b> .....	27
<b>chlorothiazide sodium</b> .....	46
<b>chlorpromazine</b> .....	31
<b>chlorthalidone</b> .....	46
<b>chlorzoxazone</b> .....	180
<b>cholestyramine (with sugar)</b> .....	44
<b>cholestyramine light</b> .....	44
<b>ciclopirox</b> .....	124
<b>cilostazol</b> .....	177
<b>CIMDUO</b> .....	128
<b>cimetidine hcl</b> .....	67
<b>CIMZIA</b> .....	77
<b>CIMZIA POWDER FOR RECONST</b> .....	77
<b>cinacalcet</b> .....	50
<b>CINQAIR</b> .....	56
<b>CINRYZE</b> .....	178
<b>ciprofloxacin</b> .....	106
<b>ciprofloxacin hcl</b> .....	88, 106
<b>ciprofloxacin in 5 % dextrose</b> .....	106
<b>ciprofloxacin-dexamethasone</b> .....	88
<b>citalopram</b> .....	122
<b>clarithromycin</b> .....	104
<b>CLENPIQ</b> .....	70
<b>CLICKFINE PEN NEEDLE</b> 139	

<i>clindamycin hcl</i> .....	101
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> 101	
<i>clindamycin pediatric</i> .....	101
<i>clindamycin phosphate</i> ..65, 100, 101	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 65	
<b>CLINIMIX 5%/D15W</b>	
SULFITE FREE .....	36
<b>CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE</b> .....	36
<b>CLINIMIX 4.25%/D5W</b>	
SULFIT FREE.....	36
<b>CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE)</b> ...36	
<b>CLINIMIX 6%-D5W</b>	
(SULFITE-FREE) .....	36
<b>CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)</b> ...36	
<b>CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)</b> ...36	
<b>CLINIMIX E 2.75%/D5W</b>	
SULF FREE .....	36
<b>CLINIMIX E 4.25%/D10W</b>	
SUL FREE.....	36
<b>CLINIMIX E 4.25%/D5W</b>	
SULF FREE .....	36
<b>CLINIMIX E 5%/D15W</b>	
SULFIT FREE.....	36
<b>CLINIMIX E 5%/D20W</b>	
SULFIT FREE.....	36
<b>CLINIMIX E 8%-D10W</b>	
SULFITEFREE .....	36
<b>CLINIMIX E 8%-D14W</b>	
SULFITEFREE .....	37
<i>clobazam</i> .....	117
<i>clobetasol</i> .....	62
<i>clobetasol-emollient</i> .....	62
<i>clomipramine</i> .....	122
<i>clonazepam</i> .....	18
<i>clonidine</i> .....	37
<i>clonidine hcl</i> .....	37
<i>clopidogrel</i> .....	177
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	18
<i>clotrimazole</i> .....	124
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 125	
<i>clozapine</i> .....	31
<i>c-nate dha</i> .....	181
<b>COARTEM</b> .....	27
<i>codeine sulfate</i> .....	97
<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> ...97	
<i>colchicine</i> .....	24
<i>colesevelam</i> .....	44
<i>colestipol</i> .....	44
<i>colistin (colistimethate na)</i> .. 101	
<b>COMBIVENT RESPIMAT</b> .. 60	
<b>COMETRIQ</b> .....	4
<b>COMFORT EZ INSULIN</b>	
SYRINGE .....	139, 140, 141
<b>COMFORT EZ PEN NEEDLES</b>	
.....	139, 140
<b>COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL</b> .....	140
<b>COMFORT TOUCH PEN</b>	
NEEDLE.....	141
<b>COMPLERA</b> .....	128
<i>completenate</i> .....	181
<i>compro</i> .....	26
<i>constulose</i> .....	68
<b>COPAXONE</b> .....	52
<b>COPIKTRA</b> .....	4
<b>CORLANOR</b> .....	41
<b>CORTROPHIN GEL</b> .....	75
<b>COSENTYX</b> .....	77
<b>COSENTYX (2 SYRINGES)</b> 77	
<b>COSENTYX PEN (2 PENS)</b> . 77	
<b>COSENTYX UNOREADY</b>	
PEN.....	77
<b>COTELLIC</b> .....	5
<b>CREON</b> .....	179
<i>cromolyn</i> .....	56, 68, 91
<i>cryselle (28)</i> .....	109
<b>CURAD GAUZE PAD</b> .....	141
<b>CURITY ALCOHOL SWABS</b>	
.....	64
<b>CURITY GAUZE</b> .....	142
<i>cyclafem 1/35 (28)</i> .....	109
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> .....	109
<i>cyclobenzaprine</i> .....	181
<i>cyclopentolate</i> .....	91
<i>cyclophosphamide</i> .....	5
<i>cyclosporine</i> .....	78
<i>cyclosporine modified</i> .....	78
<i>cyproheptadine</i> .....	126
<b>CYRAMZA</b> .....	5
<i>cyred eq</i> .....	109
<b>CYSTARAN</b> .....	91
<b>D</b>	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	
.....	174
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	
.....	174
<i>dabigatran etexilate</i> .....	176
<i>dalfampridine</i> .....	53
<i>danazol</i> .....	71
<i>dantrolene</i> .....	181
<b>DANYELZA</b> .....	5
<i>dapsone</i> .....	126
<b>DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)</b> .....	83
<i>daptomycin</i> .....	101
<i>darunavir ethanolate</i> .....	128
<i>dasetta 1/35 (28)</i> .....	109
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> .....	109
<b>DAURISMO</b> .....	5
<i>daysee</i> .....	109
<i>deblitane</i> .....	109
<i>decitabine</i> .....	5
<i>deferasirox</i> .....	100
<i>deferiprone</i> .....	100
<b>DELSTRIGO</b> .....	128
<b>DENGVAXIA (PF)</b> .....	83
<i>denta 5000 plus</i> .....	61
<i>dentagel</i> .....	61
<b>DERMACEA</b> .....	142
<b>DERMACEA NON-WOVEN</b>	
.....	142

DESCOZY .....	128
desipramine .....	122
desmopressin .....	75
desog-e.estradiol/e.estradiol	110
desogestrel-ethinyl estradiol	110
desoximetasone.....	62
desvenlafaxine succinate .....	122
dexamethasone .....	73
dexamethasone sodium phos (pf) .....	73
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	74, 90
dexamethylphenidate .....	53
dextroamphetamine sulfate ....	53
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i> .....	53
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> .....	37
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	37
DIACOMIT .....	117
diazepam.....	18, 117, 118
diazepam intensol .....	18
diazoxide.....	92
diclofenac potassium .....	95
diclofenac sodium.....	90, 95
diclofenac-misoprostol .....	95
dicloxacillin .....	106
dicyclomine.....	68
didanosine .....	128
DIFICID .....	104
difluprednate .....	90
digitek.....	41
digox .....	41
digoxin.....	41
dihydroergotamine .....	24
diltiazem hcl .....	40
dilt-xr.....	40
dimenhydrinate.....	26
dimethyl fumarate.....	53
DIPENTUM .....	49
diphenhydramine hcl .....	126
diphenoxydate-atropine.....	68
<i>dipyridamole</i> .....	177
<i>disopyramide phosphate</i> .....	38
<i>disulfiram</i> .....	17
<i>divalproex</i> .....	118
<i>dofetilide</i> .....	38
<i>donepezil</i> .....	18
DOPTELET (10 TAB PACK) .....	178
DOPTELET (15 TAB PACK) .....	178
DOPTELET (30 TAB PACK) .....	178
<i>dorzolamide</i> .....	87
<i>dorzolamide-timolol</i> .....	87
<i>dotti</i> .....	72
DOVATO .....	128
<i>doxazosin</i> .....	37
<i>doxepin</i> .....	122
<i>doxorubicin</i> .....	5
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i> .....	5
<i>doxy-100</i> .....	107
<i>doxycycline hyclate</i> .....	107
<i>doxycycline monohydrate</i> ...	107
DRIZALMA SPRINKLE ....	122
<i>dronabinol</i> .....	26
<i>droperidol</i> .....	26
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT).....	142
DROPLET INSULIN SYRINGE .....	142, 143
DROPLET MICRON PEN NEEDLE.....	143
DROPLET PEN NEEDLE .	143,
144	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....	64
DROPSAFE INSULIN SYRINGE .....	144
DROPSAFE PEN NEEDLE	144
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	110
DROXIA.....	176
<i>droxidopa</i> .....	37
DUAVEE .....	72
<i>duloxetine</i> .....	122
DUPIXENT PEN .....	78
DUPIXENT SYRINGE .....	78
<i>dutasteride</i> .....	70
<b>E</b>	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	64
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE .....	144, 145
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	145
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE .....	145, 146
EASY GLIDE PEN NEEDLE .....	146
EASY TOUCH .....	147
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS.....	64
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	147
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE .....	146
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	146
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE .....	146, 147, 148
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	147
EASY TOUCH PEN NEEDLE .....	147
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE .....	147, 148
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN .....	146, 147
EASY TOUCH UNI-SLIP... 148	
<i>ec-naproxen</i> .....	95
<i>econazole</i> .....	125
EDARBI.....	42
EDARBYCLOR .....	42

EDURANT .....	128
efavirenz .....	128
efavirenz-emtricitabin-tenofovir .....	128
efavirenz-lamivu-tenofovir disop .....	128
EGRIFTA SV .....	75
electrolyte-148.....	174
ELIGARD .....	5
ELIGARD (3 MONTH).....	5
ELIGARD (4 MONTH).....	5
ELIGARD (6 MONTH).....	5
elinest .....	110
ELIQUIS .....	176
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	176
ELLA.....	110
ELMIRON.....	92
ELREXFIO.....	5, 6
eluryng.....	110
EMBRACE PEN NEEDLE .	148
EMCYT.....	6
EMEND.....	26
EMGALITY PEN .....	24
EMGALITY SYRINGE.....	24
emoquette .....	110
EMSAM .....	122
emtricitabine.....	128
emtricitabine-tenofovir (tdf).....	128
EMTRIVA.....	128
enalapril maleate.....	47
enalaprilat .....	47
enalapril-hydrochlorothiazide	47
ENBREL .....	78
ENBREL MINI .....	78
ENBREL SURECLICK .....	78
ENDARI.....	92
endocet .....	97
ENGERIX-B (PF) .....	83
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....	83
enilloring .....	110
enoxaparin .....	176
enpresse .....	110
enskyce.....	110
entacapone.....	29
entecavir .....	133
ENTRESTO.....	42
enulose .....	68
EPCLUSA .....	132
EPIDIOLEX .....	118
epinastine.....	92
epinephrine .....	41, 42
epitol .....	118
EPIVIR HBV .....	129
EPKINLY .....	6
eplerenone .....	48
EPRONTIA .....	118
ERBITUX.....	6
ergoloid.....	18
ERIVEDGE .....	6
ERLEADA.....	6
erlotinib .....	6
errin .....	110
ertapenem .....	102
ery pads.....	65
erythromycin .....	88, 105
erythromycin ethylsuccinate	104, 105
erythromycin with ethanol	65, 66
escitalopram oxalate.....	122
esomeprazole magnesium .....	67
esomeprazole sodium.....	67
estarryla .....	110
estradiol .....	72
estradiol valerate .....	72
estradiol-norethindrone acet.	72
eszopiclone.....	51
ethambutol .....	127
ethosuximide .....	118
ethynodiol diac-eth estradiol	110
etodolac .....	95
etonogestrel-ethinyl estradiol .....	110
ETOPOPHOS .....	6
etoposide .....	6
etravirine.....	129
EUCRISA .....	62
everolimus (antineoplastic).....	6
everolimus (immunosuppressive) .....	78
EVOTAZ.....	129
EVRYSDI .....	92
EXEL INSULIN .....	148
exemestane .....	6
EXKIVITY .....	6
EYSUVIS.....	90
ezetimibe .....	44
ezetimibe-simvastatin .....	44
F	
falmina (28).....	110
famciclovir .....	133
famotidine .....	67
famotidine (pf).....	67
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	.67
FANAPT .....	31
FARXIGA .....	19
FARYDAK .....	6
FASENRA .....	56
FASENRA PEN.....	56
febuxostat .....	24
felbamate .....	118
FEMRING .....	72
femynor .....	110
fenofibrate .....	44
fenofibrate micronized .....	44
fenofibrate nanocrystallized..	44
fenofibric acid (choline) .....	45
fentanyl .....	97
fentanyl citrate .....	97
FERRIPROX.....	100
FERRIPROX (2 TIMES A DAY).....	100
fesoterodine .....	70
FETZIMA .....	122, 123

FIASP FLEXTOUCH U-100	
INSULIN	21
FIASP PENFILL U-100	
INSULIN	21
FIASP U-100 INSULIN	21
finasteride	70
fingolimod	53
FINTEPLA	118
FIRVANQ	101
FLEBOGAMMA DIF	78
flecainide	38
FLOVENT DISKUS	58
FLOVENT HFA	58, 59
floxuridine	6
fluconazole	125
fluconazole in nacl (iso-osm)	125
flucytosine	125
fludrocortisone	74
flumazenil	53
flunisolide	90
fluocinolone	62
fluocinolone acetonide oil	90
fluocinonide	62
fluocinonide-emollient	62
fluoride (sodium)	61
fluorometholone	90
fluorouracil	6, 64
fluoxetine	123
fluphenazine decanoate	31
fluphenazine hcl	31
flurbiprofen	95
flurbiprofen sodium	90
flutamide	7
fluticasone propionate	62, 90
fluvastatin	45
fluvoxamine	123
folivane-ob	181
fondaparinux	176
FORTEO	50
fosamprenavir	129
fosaprepitant	26
foscarnet	132
fasinopril	47
fasinopril-hydrochlorothiazide	47
fosphenytoin	118
FOTIVDA	7
FREESTYLE PRECISION	149
FULPHILA	178
fulvestrant	7
furosemide	46
FUZEON	129
FYARRO	7
fyavolv	73
FYCOMPA	118
<b>G</b>	
gabapentin	118
GALAFOLD	180
galantamine	19
GAMIFANT	78
GAMMAGARD LIQUID	78
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	79
GAMMAPLEX	79
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL)	79
GARDASIL 9 (PF)	83
gatifloxacin	88
GATTEX 30-VIAL	68
GAUZE PAD	149
gavilyte-c	70
gavilyte-g	70
gavilyte-n	70
GAVRETO	7
gefitinib	7
gemfibrozil	45
generlac	68
gengraf	79
gentak	88
gentamicin	66, 88, 100
gentamicin sulfate (ped) (pf)	100
gentamicin sulfate (pf)	101
GENVOYA	129
GILENYA	53
GILOTRIF	7
glatiramer	53
glatopa	53, 54
GLEOSTINE	7
glimepiride	23
glipizide	23
glipizide-metformin	23
glyburide	23
glyburide micronized	23
glyburide-metformin	23
glycopyrrolate	68
glydo	99
GLYXAMBI	19
granisetron (pf)	26
granisetron hcl	26
GRANIX	178
griseofulvin microsize	125
guanfacine	37, 54
GVOKE	92
GVOKE HYOPEN 2-PACK	92
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	92
<b>H</b>	
HAEGARDA	178
hailey	111
hailey 24 fe	110
hailey fe 1.5/30 (28)	110
hailey fe 1/20 (28)	111
halobetasol propionate	62
haloette	111
haloperidol	32
haloperidol decanoate	31
haloperidol lactate	31, 32
HARVONI	132
HAVRIX (PF)	83
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	149, 150
HEALTHWISE PEN NEEDLE	150
<b>HEALTHY ACCENTS</b>	
UNIFINE PENTIP	150
heather	111

*heparin (porcine)*.....176, 177  
*heparin, porcine (pf)* .....177  
 HEPLISAV-B (PF) .....83  
 HERCEPTIN HYLECTA .....7  
 HERZUMA .....7  
 HIBERIX (PF).....84  
 HUMIRA.....79  
 HUMIRA PEN .....79  
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-  
     HS START .....79  
 HUMIRA PEN PSOR-  
     UVEITS-ADOL HS .....79  
 HUMIRA(CF) .....79  
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS  
     STARTER .....79  
 HUMIRA(CF) PEN .....79  
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-  
     UC-HS .....79  
 HUMIRA(CF) PEN  
     PEDIATRIC UC .....79  
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-  
     ADOL HS .....79  
 HUMULIN R U-500 (CONC)  
     INSULIN .....21  
 HUMULIN R U-500 (CONC)  
     KWIKPEN .....22  
*hydralazine* .....42  
*hydrochlorothiazide* .....46  
*hydrocodone-acetaminophen* .97  
*hydrocodone-ibuprofen* .....97  
*hydrocortisone*.....49, 63, 74  
*hydrocortisone butyrate* .....63  
*hydrocortisone valerate*.....63  
*hydrocortisone-acetic acid*....88  
*hydrocortisone-min oil-wht pet*  
     .....63  
*hydromorphone* .....97  
*hydromorphone (pf)* .....97  
*hydroxychloroquine*.....27  
*hydroxyurea*.....7  
*hydroxyzine hcl*.....126  
*hydroxyzine pamoate*.....93

**I**  
*ibandronate* .....50  
 IBRANCE .....7  
*ibu* .....95  
*ibuprofen* .....95, 96  
*ibuprofen-famotidine* .....96  
*icatibant* .....42  
*iclevia* .....111  
 ICLUSIG .....7  
 IDHIFA .....7  
*ifosfamide* .....7  
 IGALMI .....93  
 ILEVRO .....90  
*imatinib* .....7  
 IMBRUVICA .....7, 8  
*imipenem-cilastatin* .....102  
*imipramine hcl* .....123  
*imiquimod* .....64  
 IMJUDO .....8  
 IMLYGIC .....8  
 IMOVAX RABIES VACCINE  
     (PF) .....84  
 IMPAVIDO .....27  
 INBRIJA .....29  
*incassia* .....111  
 INCONTROL ALCOHOL  
     PADS .....64  
 INCONTROL PEN NEEDLE  
     .....150  
 INCRELEX .....75  
*indapamide* .....46  
*indometacin* .....96  
 INFANRIX (DTAP) (PF) .....84  
*infliximab* .....80  
 INLYTA .....8  
 INPEN (FOR HUMALOG)  
     BLUE .....150  
 INPEN (NOVOLOG OR  
     FIASP) BLUE .....151  
 INQOVI .....8  
 INREBIC .....8

INSULIN SYR/NDL U100  
     HALF MARK .....151  
 INSULIN SYRINGE .....137  
 INSULIN SYRINGE  
     MICROFINE .....136  
 INSULIN SYRINGE  
     NEEDLELESS .....136  
 INSULIN SYRINGE-NEEDLE  
     U-100 .....136, 138, 148, 149,  
     151, 152, 159, 163  
 INSUPEN PEN NEEDLE....152  
 INTELENCE .....129  
 INTRALIPID .....37  
 INTRON A .....133  
 INVEGA HAFYERA .....32  
 INVEGA SUSTENNA .....32  
 INVEGA TRINZA .....32  
 INVELTYS .....90  
 INVIRASE .....129  
 IPOL .....84  
*ipratropium bromide* .....60, 92  
*ipratropium-albuterol* .....60  
*irbesartan* .....42  
*irbesartan-hydrochlorothiazide*  
     .....42  
 ISENTRESS .....129  
 ISENTRESS HD .....129  
*isibloom* .....111  
 ISOLYTE S PH 7.4 .....174  
 ISOLYTE-P IN 5 %  
     DEXTROSE .....174  
 ISOLYTE-S .....174  
*isoniazid* .....127  
*isosorbide dinitrate* .....48  
*isosorbide mononitrate* .....48  
*isosorbide-hydralazine* .....48  
*isradipine* .....43  
*itraconazole* .....125  
 IV PREP WIPES .....64  
*ivermectin* .....27  
 IXIARO (PF) .....84

<b>J</b>	
jaimiess.....	111
JAKAFI.....	8
jantoven.....	177
JARDIANC.....	19
jasmiel (28).....	111
javygtor.....	180
JAYPIRCA.....	8
JEMPERLI.....	8
jencycla.....	111
JENTADUETO.....	19
JENTADUETO XR.....	19
jinteli.....	73
juleber.....	111
JULUCA.....	129
junel 1.5/30 (21).....	111
junel 1/20 (21).....	111
junel fe 1.5/30 (28).....	111
junel fe 1/20 (28).....	111
junel fe 24.....	111
JUXTAPID.....	45
JYNNEOS (PF)(STOCKPILE).....	84
<b>K</b>	
kalliga.....	111
KALYDECO.....	56
kariva (28).....	111
kelnor 1/35 (28).....	111
kelnor 1-50 (28).....	112
KERENDIA.....	48
KESIMPTA PEN.....	54
ketoconazole.....	125
ketorolac.....	90, 96
KEVZARA.....	80
KEYTRUDA.....	8
KIMMTRAK.....	8
KINRIX (PF).....	84
KISQALI.....	9
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	8, 9
KLISYRI.....	64
klor-con m10 .....	174

<b>klor-con m15 .....</b>	174
klor-con m20.....	174
KLOXXADO.....	17
KORLYM.....	19
KOSELUGO.....	9
kosher prenatal plus iron.....	181
KRAZATI.....	9
KRINTAFEL.....	28
kurvelo (28).....	112
KYNMOBI.....	29
<b>L</b>	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i> .....	112
labetalol.....	39
lacosamide.....	118, 119
lactulose.....	68
lagevrio (eua).....	133
lamivudine.....	129
lamivudine-zidovudine.....	129
lamotrigine.....	119
lanreotide.....	75
lansoprazole.....	67
lapatinib.....	9
larin 1.5/30 (21).....	112
larin 1/20 (21).....	112
larin 24 fe.....	112
larin fe 1.5/30 (28).....	112
larin fe 1/20 (28).....	112
larissia.....	112
latanoprost.....	87
leflunomide.....	80
lenalidomide.....	9
LENVIMA.....	9
lessina.....	112
letrozole.....	9
leucovorin calcium.....	93
LEUKERAN.....	9
LEUKINE.....	178
leuprolide.....	9
leuprolide (3 month).....	9
levetiracetam.....	119
levobunolol.....	87
levocarnitine.....	93
<i>levocarnitine (with sugar)</i> .....	93
levocetirizine.....	126
levofloxacin.....	88, 92, 107
levofloxacin in d5w.....	106
levonest (28).....	112
levonorgestrel-ethinyl estrad	112
levonorg-eth estrad triphasic	112
levora-28.....	112
levothyroxine.....	71
LEXIVA.....	129
lidocaine.....	99
lidocaine (pf).....	38, 99
lidocaine hcl.....	99
lidocaine viscous.....	99
lidocaine-prilocaine.....	99
lillow (28).....	112
linezolid.....	101
linezolid in dextrose 5%.....	101
LINZESS.....	68
liothyronine.....	71
LISCO.....	152
lisinopril.....	47
lisinopril-hydrochlorothiazide	48
<b>LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES</b> .....	152, 153
<b>LITE TOUCH INSULIN SYRINGE</b> .....	152, 153
lithium carbonate.....	54
lithium citrate.....	54
LIVALO.....	45
lojaimiess.....	113
LOKELMA.....	68
LONSURF.....	9
loperamide.....	68
lopinavir-ritonavir.....	129, 130
lorazepam.....	18
LORBRENA.....	9
loryna (28).....	113
losartan.....	42
losartan-hydrochlorothiazide	42
LOTEMAX.....	91
LOTEMAX SM.....	91

<i>loteprednol etabonate</i> .....	91	<i>mercaptopurine</i> .....	10
<i>lovastatin</i> .....	45	<i>meropenem</i> .....	102
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	113	<i>merzee</i> .....	113
<i>loxapine succinate</i> .....	32	<i>mesalamine</i> .....	49
<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	113	<i>mesna</i> .....	93
<i>lubiprostone</i> .....	68	<b>MESNEX</b> .....	93
<b>LUMAKRAS</b> .....	10	<i>metformin</i> .....	19, 20
<b>LUMIGAN</b> .....	87	<i>methadone</i> .....	97, 98
<b>LUNSUMIO</b> .....	10	<i>methadose</i> .....	98
<b>LUPRON DEPOT</b> .....	75	<i>methenamine hippurate</i> .....	102
<b>LUPRON DEPOT (3 MONTH)</b> .....	10, 75	<i>methimazole</i> .....	71
<b>LUPRON DEPOT (4 MONTH)</b> .....	10	<i>methocarbamol</i> .....	181
<b>LUPRON DEPOT (6 MONTH)</b> .....	10	<i>methotrexate sodium</i> .....	11
<i>lurasidone</i> .....	33	<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	10
<i>lutera (28)</i> .....	113	<i>methoxsalen</i> .....	64
<b>LYBALVI</b> .....	33	<i>methscopolamine</i> .....	68
<i>lyleq</i> .....	113	<i>methylsuximide</i> .....	119
<i>lyllana</i> .....	73	<i>methyldopa</i> .....	38
<b>LYNPARZA</b> .....	10	<i>methylphenidate hcl</i> .....	55
<b>LYSODREN</b> .....	10	<i>methylprednisolone</i> .....	74
<b>LYTGOBI</b> .....	10	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	74
<i>lyza</i> .....	113	<i>methylprednisolone sodium succ</i> .....	74
<b>M</b>		<i>metoclopramide hcl</i> .....	68, 69
<b>MAGELLAN INSULIN</b>		<i>metolazone</i> .....	47
SAFETY SYRNG	....153, 154	<i>metoprolol succinate</i> .....	39
<b>MAGELLAN SYRINGE</b> .....	153	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> .....	39
<i>magnesium sulfate</i> .....	174	<i>metoprolol tartrate</i> .....	39
<i>magnesium sulfate in d5w</i> ....	174	<i>metronidazole</i> .....	66, 100, 102
<i>magnesium sulfate in water</i> ..	174	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i> .....	102
<i>malathion</i> .....	66	<i>metyrosine</i> .....	42
<i>maprotiline</i> .....	123	<i>mexiletine</i> .....	38
<i>maraviroc</i> .....	130	<i>miconazole-3</i> .....	125
<b>MARGENZA</b> .....	10	<b>MICRODOT INSULIN PEN</b>	
<i>marlissa (28)</i> .....	113	NEEDLE .....	154
<i>marnatal-f</i> .....	181	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	113
<b>MARPLAN</b> .....	123	<i>midodrine</i> .....	38
<b>MATULANE</b> .....	10	<i>miglustat</i> .....	180
<i>matzim la</i> .....	41	<i>ili</i> .....	113
		<i>mimvey</i> .....	73

MINI ULTRA-THIN II.....	154	
<i>minitran</i> .....	48	
<i>minocycline</i> .....	108	
<i>minoxidil</i> .....	48	
<i>mirtazapine</i> .....	123	
<i>misoprostol</i> .....	67	
MITIGARE .....	24	
<i>mitoxantrone</i> .....	11	
M-M-R II (PF).....	84	
<i>m-natal plus</i> .....	181	
<i>modafinil</i> .....	51	
<i>moexipril</i> .....	48	
<i>molindone</i> .....	33	
<i>mometasone</i> .....	63, 91	
<i>monodoxine nl</i> .....	108	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING.....	155	
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	155, 156	
MONOJECT SYRINGE .....	155	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	169	
<i>mono-linyah</i> .....	113	
<i>montelukast</i> .....	59	
<i>morpheine</i> .....	98	
MORPHINE .....	98	
<i>morpheine concentrate</i> .....	98	
MOUNJARO.....	20	
MOVANTIK .....	69	
<i>moxifloxacin</i> .....	88, 107	
MULTAQ.....	38	
<i>mupirocin</i> .....	66	
MVASI.....	11	
<i>mycophenolate mofetil</i> .....	80	
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> .....	80	
<i>mynatal</i> .....	181	
<i>mynatal advance</i> .....	181	
<i>mynatal plus</i> .....	181	
<i>mynatal-z</i> .....	181	
<i>mynate 90 plus</i> .....	181	
MYRBETRIQ .....	70	
<b>N</b>		
<i>nabumetone</i> .....	96	
<i>nafcillin</i> .....	106	
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i> 106		
<i>naloxone</i> .....	17	
<i>naltrexone</i> .....	17	
<i>naproxen</i> .....	96	
<i>naratriptan</i> .....	24	
NATACYN.....	88	
<i>nateglinide</i> .....	20	
NATPARA .....	50	
NAYZILAM .....	119	
<i>nebivolol</i> .....	39	
<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	113	
<i>nefazodone</i> .....	123	
<i>neomycin</i> .....	101	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc.</i> 88		
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> .....	88	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i> .....	66	
<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i> .....	89	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	89	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	89	
<i>neo-polycin</i> .....	89	
<i>neo-polycin hc</i> .....	89	
NERLYNX .....	11	
NEULASTA .....	178	
NEULASTA ONPRO.....	178	
NEUPRO .....	29	
<i>nevirapine</i> .....	130	
<i>newgen</i> .....	181	
NEXLETOL .....	45	
NEXLIZET .....	45	
<i>niacin</i> .....	45	
<i>niacor</i> .....	45	
<i>nicardipine</i> .....	43	
NICOTROL .....	17	
<i>nifedipine</i> .....	44	
<i>nikki (28)</i> .....	113	
<i>nilutamide</i> .....	11	
NINLARO.....		11
<i>nitazoxanide</i> .....	28	
<i>nitisinone</i> .....	93, 180	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> . 102		
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> .....	102	
<i>nitroglycerin</i> .....	49	
<i>niva-plus</i> .....	181	
NIVESTYM .....	178	
<i>nizatidine</i> .....	67	
NORDITROPIN FLEXPRO..	75	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	113	
<i>norethindrone acetate</i> .....	76	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> .....	73, 113	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> .....	113, 114	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> .....	114	
<i>norlyda</i> .....	114	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE.....	174	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	114	
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	114	
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	114	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	114	
<i>nortriptyline</i> .....	123	
NORVIR .....	130	
NOVOFINE 30 .....	156	
NOVOFINE 32 .....	156	
NOVOFINE PLUS .....	156	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	22	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.....	22	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	22	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	22	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	22	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	22	

NOVOLOG FLEXPEN U-100	
INSULIN	22
NOVOLOG MIX 70-30 U-100	
INSULN	22
NOVOLOG MIX 70-	
30FLEXPEN U-100	22
NOVOLOG PENFILL U-100	
INSULIN	22
NOVOLOG U-100 INSULIN	
ASPART	22
NOVOTWIST	156
NOXAFILE	125
NUBEQA	11
NUCALA	57
NULOJIX	80
NUPLAZID	33
NURTEC ODT	24
NUTRILIPID	37
nyamyc	125
nylia 1/35 (28)	114
nylia 7/7/7 (28)	114
nymyo	114
nystatin	125
nystatin-triamcinolone	126
nystop	126
NYVEPRIA	178
<b>O</b>	
obstetrix dha	182
obstetrix dha prenatal duo	182
o-cal prenatal	182
OCALIVA	69
OCREVUS	55
OCTAGAM	80
octreotide acetate	75
ODEFSEY	130
ODOMZO	11
OFEV	57
ofloxacin	89
OGIVRI	11
OJJAARA	11
olanzapine	33
olmesartan	43
<i>olmesartanamlodipin-hcthiazid</i>	43
<i>olmesartanhydrochlorothiazide</i>	43
<i>olopatadine</i>	92
OLUMIANT	80
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	45
<i>omeprazole</i>	67
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	67
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT	
(GEN 5)	156
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN	
5)	156
OMNIPOD CLASSIC PDM	
KIT(GEN 3)	156
OMNIPOD CLASSIC PODS	
(GEN 3)	156
OMNIPOD DASH INTRO KIT	
(GEN 4)	156
OMNIPOD DASH PDM KIT	
(GEN 4)	156
OMNIPOD DASH PODS (GEN	
4)	156
OMNIPOD GO PODS	157
OMNIPOD GO PODS 10	
UNITS/DAY	156
OMNIPOD GO PODS 15	
UNITS/DAY	156
OMNIPOD GO PODS 20	
UNITS/DAY	156
OMNIPOD GO PODS 25	
UNITS/DAY	156
OMNIPOD GO PODS 30	
UNITS/DAY	156
OMNIPOD GO PODS 40	
UNITS/DAY	157
ondansetron	27
ondansetron hcl	26
ondansetron hcl (pf)	26
ONTRUZANT	11
ONUREG	11
OPDIVO	11
OPDUALAG	11
OPSUMIT	94
oralone	61
ORENCIA	80
ORENCIA (WITH MALTPOSE)	
ORENCIA CLICKJECT	80
ORFADIN	180
ORGOVYX	76
ORILISSA	76
ORKAMBI	57
ORSERDU	11
orsythia	114
oseltamivir	132
OSMOLEX ER	29
OTEZLA	80
OTEZLA STARTER	80
oxandrolone	71
oxazepam	18
oxcarbazepine	119
OXLUMO	93
oxybutynin chloride	71
oxycodone	98
oxycodone-acetaminophen	98
OXYCONTIN	98
oxymorphone	98, 99
OZEMPIC	20
<b>P</b>	
pacerone	38
paclitaxel protein-bound	11
paliperidone	33
PALYNZIQ	180
PANRETIN	65
pantoprazole	67, 68
paricalcitol	50
paroex oral rinse	61
paramomycin	28
paroxetine hcl	123
PAXLOVID	132
pazopanib	11
PEDIARIX (PF)	84

PEDVAX HIB (PF).....84  
 PEGASYS .....133  
*peg-electrolyte soln* .....70  
 PEMAZYRE .....12  
*pemetrexed* .....12  
*pemetrexed disodium* .....12  
 PEN NEEDLE.....149, 157, 159  
 PEN NEEDLE, DIABETIC 141,  
     154, 157, 159  
 PEN NEEDLE, DIABETIC,  
     SAFETY .....160  
*penicillamine* .....100  
*penicillin g potassium* .....106  
*penicillin g procaine* .....106  
*penicillin v potassium* .....106  
 PENTACEL (PF) .....84  
*pentamidine* .....28  
 PENTIPS .....157  
*pentoxifylline* .....177  
*perindopril erbumine* .....48  
*periogard* .....61  
*permethrin* .....66  
*perphenazine* .....33  
*perphenazine-amitriptyline* ..123  
 PERSERIS.....33  
*pfizerpen-g*.....106  
*phenelzine*.....123  
*phenobarbital* .....119  
*phenylephrine hcl* .....38  
*phenytoin* .....119  
*phenytoin sodium* .....119  
*phenytoin sodium extended* ..119  
*philith* .....114  
 PHOSLYRA.....69  
 PIFELTRO .....130  
*pilocarpine hcl* .....61, 87  
*pimecrolimus* .....63  
*pimozide* .....33  
*pimtrea (28)* .....114  
*pindolol* .....39  
*pioglitazone* .....20  
*pioglitazone-metformin* .....20

PIP PEN NEEDLE .....158  
*piperacillin-tazobactam* .....106  
 PIQRAY .....12  
*pirfenidone* .....57  
*pirmella* .....114  
*piroxicam* .....96  
 PLASMA-LYTE A.....174  
 PLEGGRIDY .....55, 56  
*pnv 29-1* .....182  
*pnv-dha + docusate* .....182  
*pnv-omega* .....182  
*podofilox* .....65  
*polycin* .....89  
*polymyxin b sulfate* .....102  
*polymyxin b sulf-trimethoprim* 89  
 POMALYST .....12  
*portia 28* .....114  
*posaconazole* .....126  
*potassium chloride* .....175  
*potassium chloride-0.45 % nacl*  
     .....175  
*potassium citrate* .....175  
*pr natal 400* .....182  
*pr natal 400 ec* .....182  
*pr natal 430* .....182  
*pr natal 430 ec* .....182  
 PRALUENT PEN .....45  
*pramipexole* .....29  
*prasugrel* .....177  
*pravastatin* .....45  
*prazosin* .....38  
*prednicarbate* .....63  
*prednisolone* .....74  
*prednisolone acetate* .....91  
*prednisolone sodium phosphate*  
     .....74, 91  
*prednisone* .....74  
*pregabalin* .....120  
 PREHEVBRIO (PF) .....85  
 PREMARIN.....73  
 PREMPHASE.....73  
 PREMPRO.....73  
*prenaI true* .....182  
*prenaissance* .....182  
*prenaissance plus* .....182  
*prenatabs fa* .....182  
*prenatal 19* .....182  
*prenatal 19 (with docusate)* .182  
*prenatal low iron* .....182  
*prenatal plus* .....182  
*prenatal plus (calcium carb)* 182  
*prenatal vitamin plus low iron*  
     .....182  
*prenatal-u* .....182  
*preplus* .....183  
*pretab* .....183  
 PRETOMANID .....127  
*prevalite* .....45  
 PREVENT DROPSAFE PEN  
     NEEDLE .....158  
*previfem* .....115  
 PREVYMIS .....132, 133  
 PREZCOBIX .....130  
 PREZISTA .....130  
 PRIFTIN .....127  
 PRIMAQUINE .....28  
*primidone* .....120  
 PRIORIX (PF) .....85  
 PRIVIGEN .....80  
 PRO COMFORT ALCOHOL  
     PADS .....65  
 PRO COMFORT INSULIN  
     SYRINGE .....158  
 PRO COMFORT PEN  
     NEEDLE .....158  
*probenecid* .....24  
*probenecid-colchicine* .....24  
*procainamide* .....38  
 PROCALAMINE 3% .....37  
*prochlorperazine* .....27  
*prochlorperazine edisylate* ....27  
*prochlorperazine maleate* ....27  
*proctosol hc* .....63  
*protozone-hc* .....63

PRODIGY INSULIN	
SYRINGE.....	158
progesterone.....	76
progesterone micronized .....	76
PROGRAF .....	81
PROLASTIN-C .....	57
PROLENSA .....	91
PROLIA .....	50
PROMACTA.....	178, 179
promethazine .....	27, 126
promethegan.....	27
propafenone.....	38
proparacaine .....	92
propranolol.....	39, 40
propranolol-hydrochlorothiazid .....	40
propylthiouracil.....	71
PROQUAD (PF) .....	85
PROSOL 20 % .....	37
protamine .....	176
protriptyline.....	123
PULMOZYME.....	180
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	65
PURE COMFORT PEN NEEDLE .....	159
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	158, 159
PURIXAN .....	12
pyrazinamide .....	127
pyridostigmine bromide.....	93
pyrimethamine.....	28
<b>Q</b>	
QINLOCK.....	12
QUADRACEL (PF) .....	85
quetiapine .....	33
quinapril .....	48
quinapril-hydrochlorothiazide	48
quinidine gluconate .....	38
quinidine sulfate .....	38
quinine sulfate .....	28
QULIPTA.....	24
<b>R</b>	
RABAVERT (PF).....	85
rabeprozole .....	68
raloxifene .....	73
ramipril .....	48
ranolazine .....	42
rasagiline .....	29
RASUVO (PF).....	81
RAVICTI.....	69
RAYALDEE.....	50
reclipsen (28).....	115
RECOMBIVAX HB (PF).....	85
RECTIV .....	93
RELENZA DISKHALER ..	133
RELEUKO.....	179
RELION NEEDLES .....	159
RELION PEN NEEDLES ..	159
repaglinide.....	20
REPATHA PUSHTRONEX ..	45
REPATHA SURECLICK.....	45
REPATHA SYRINGE .....	46
RESTASIS.....	91
RESTASIS MULTIDOSE....	91
RETACRIT .....	179
RETEVMO.....	12
RETROVIR .....	130
revonto .....	181
REXULTI .....	34
REYATAZ.....	130
REZLIDHIA.....	12
REZUROCK.....	81
RHOPRESSA .....	87
RIABNI .....	12
ribavirin .....	133
RIDAURA .....	81
rifabutin .....	127
rifampin .....	127
rilpivirine .....	130
riluzole .....	56
rimantadine.....	133
RINVOQ.....	81
risedronate.....	50, 51
<b>RISPERDAL CONSTA.....</b>	34
risperidone .....	34
ritonavir .....	130
RITUXAN HYCELA .....	12
rivastigmine .....	19
rivastigmine tartrate .....	19
rizatriptan .....	24, 25
r-natal ob .....	183
ROCKLATAN.....	87
roflumilast .....	57
ropinirole .....	29
rosadan .....	66
rosuvastatin .....	46
ROTARIX.....	85
ROTATEQ VACCINE .....	85
ROZLYTREK.....	12
RUBRACA .....	12
rufinamide .....	120
RUKOBIA .....	130
RUXIENCE .....	12
RYBELSUS .....	20
RYBREVANT .....	13
RYDAPT .....	13
<b>S</b>	
<b>SAFESNAP INSULIN</b>	
SYRINGE .....	159, 160
SAFETY PEN NEEDLE .....	160
sajazir.....	42
SANTYL .....	65
sapropterin .....	180
SAVELLA .....	56
SCEMBLIX .....	13
scopolamine base .....	27
SECUADO.....	34
<b>SECURESAFE INSULIN</b>	
SYRINGE .....	160
SECURESAFE PEN NEEDLE .....	160
select-ob .....	183
select-ob (folic acid) .....	183
selegiline hcl .....	29, 30
selenium sulfide.....	66

SELZENTRY .....	130, 131
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....	22
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN .....	23
<i>se-natal 19 chewable</i> .....	183
SEREVENT DISKUS .....	60
SEROSTIM .....	76
<i>sertraline</i> .....	123
<i>setlakin</i> .....	115
<i>sevelamer carbonate</i> .....	69
<i>sevelamer hcl</i> .....	69
SEZABY .....	120
<i>sf 5000 plus</i> .....	61
<i>sharobel</i> .....	115
SHINGRIX (PF).....	85
SIGNIFOR .....	76
SIKLOS .....	176
<i>sildenafil (pulm. hypertension)</i> 94	
<i>silver sulfadiazine</i> .....	66
SIMBRINZA .....	87
<i>simliya (28)</i> .....	115
<i>simpesse</i> .....	115
<i>simvastatin</i> .....	46
<i>sirolimus</i> .....	81
SIRTURO .....	127
SKY SAFETY PEN NEEDLE .....	160
SKYRIZI .....	81
<i>sodium chloride 0.45 %</i> .....	175
<i>sodium chloride 0.9 %</i> .....	175
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i> ....	61
<i>sodium oxybate</i> .....	51
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	69
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .69	
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .....	70
SOLIQUA 100/33 .....	23
SOLTAMOX.....	13
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	74
SOMATULINE DEPOT .....	76
SOMAVERT .....	76
<i>sorafenib</i> .....	13
<i>sorine</i> .....	40
<i>sotalol</i> .....	40
<i>sotalol af</i> .....	40
SPIRIVA RESPIMAT .....	60
SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	60
<i>spironolactone</i> .....	47
SPRAVATO .....	123, 124
<i>sprintec (28)</i> .....	115
SPRITAM.....	120
SPRYCEL.....	13
<i>sps (with sorbitol)</i> .....	69
<i>sronyx</i> .....	115
<i>ssd</i> .....	66
<i>stavudine</i> .....	131
STELARA .....	81
STERILE PADS .....	160
STIOLTO RESPIMAT .....	60
STIVARGA .....	13
STRENSIQ .....	180
<i>streptomycin</i> .....	101
STRIBILD .....	131
STRIVERDI RESPIMAT.....	60
<i>subvenite</i> .....	120
<i>sucralfate</i> .....	68
<i>sulfacetamide sodium</i> .....	89
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .66	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...89	
<i>sulfadiazine</i> .....	107
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	107
<i>sulfasalazine</i> .....	49
<i>sulindac</i> .....	96
<i>sumatriptan</i> .....	25
<i>sumatriptan succinate</i> .....	25
<i>sumatriptan-naproxen</i> .....	25
<i>sunitinib malate</i> .....	13
SUNLENCA.....	131
SUNOSI.....	51
SUPREP BOWEL PREP KIT	70
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	65
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 .....	161
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE .....	161
SURE COMFORT PEN NEEDLE .....	161
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	160
SURE-FINE PEN NEEDLES .....	161, 162
SURE-JECT INSULIN SYRINGE .....	162
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	65
SUTAB .....	70
syeda .....	115
SYMBICORT .....	59
SYMDEKO .....	57
SYMLINPEN 120.....	20
SYMLINPEN 60.....	20
SYMPAZAN.....	120
SYMTUZA .....	131
SYNAREL .....	76
SYNJARDY .....	20
SYNJARDY XR .....	20, 21
SYNRIBO .....	13
SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY .....	160
<b>T</b>	
TABLOID .....	13
TABRECTA .....	13
<i>tacrolimus</i> .....	63, 82
<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i> 94	
TAFINLAR .....	13
TAGRISSO .....	13
TAKHYRO .....	93
TALTZ AUTOINJECTOR....	82
TALTZ SYRINGE.....	82
TALVEY .....	13
TALZENNA .....	13

<i>tamoxifen</i>	13	<i>tetrabenazine</i>	56	<i>tranexamic acid</i>	176
<i>tamsulosin</i>	70	<i>tetracycline</i>	108	<i>tranylcypromine</i>	124
<i>tarina 24 fe</i>	115	<i>THALOMID</i>	93	<i>TRAVASOL 10 %</i>	37
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	115	<i>theophylline</i>	60	<i>travoprost</i>	88
<i>taron-c dha</i>	183	<i>THINPRO INSULIN SYRINGE</i>	164	<i>TRAZIMERA</i>	14
<i>taron-prex prenatal-dha</i>	183	<i>thioridazine</i>	34	<i>trazodone</i>	124
<i>TASCENO ODT</i>	56	<i>thiothixene</i>	34	<i>TRECATOR</i>	127
<i>TASIGNA</i>	13, 14	<i>tiadylt er</i>	41	<i>TRELEGY ELLIPTA</i>	60
<i>tasimelteon</i>	51	<i>tiagabine</i>	120	<i>TRELSTAR</i>	14
<i>tazarotene</i>	66	<i>TIBSOVO</i>	14	<i>TREMFYA</i>	82
<i>TAZORAC</i>	66	<i>TICE BCG</i>	14	<i>tretinoi</i> n	66
<i>taztia xt</i>	41	<i>TICOVAC</i>	86	<i>tretinoi</i> n (antineoplastic)	14
<i>TAZVERIK</i>	14	<i>tigecycline</i>	108	<i>tri femynor</i>	115
<i>TDVAX</i>	86	<i>timolol maleate</i>	40, 87	<i>triamcinolone acetonide</i>	61, 63, 74
<i>TECHLITE INSULIN SYRINGE</i>	163	<i>tiopronin</i>	70	<i>triамterene-hydrochlorothiazid</i>	47
<i>TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)</i>	162	<i>TIVDAK</i>	14	<i>trientine</i>	100
<i>TECHLITE PEN NEEDLE</i>	163	<i>TIVICAY</i>	131	<i>tri-estarrylla</i>	115
<i>TECVAYLI</i>	14	<i>TIVICAY PD</i>	131	<i>trifluoperazine</i>	34
<i>TEFLARO</i>	104	<i>tizanidine</i>	181	<i>trifluridine</i>	90
<i>telmisartan</i>	43	<i>tobramycin</i>	89, 101	<i>trihexyphenidyl</i>	30
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	43	<i>tobramycin in 0.225 % nacl.</i>	101	<i>TRIJARDY XR</i>	21
<i>temazepam</i>	18	<i>tobramycin sulfate</i>	101	<i>TRIKAFTA</i>	57
<i>TEMIXYS</i>	131	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	90	<i>tri-legest fe</i>	115
<i>TENIVAC (PF)</i>	86	<i>tolterodine</i>	71	<i>tri-linyah</i>	115
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	131	<i>TOPCARE CLICKFINE</i>	164	<i>tri-lo-estarrylla</i>	115
<i>TEPMETKO</i>	14	<i>TOPCARE ULTRA</i>		<i>tri-lo-marzia</i>	115
<i>terazosin</i>	70	<i>COMFORT</i>	164	<i>tri-lo-mili</i>	115
<i>terbinafine hcl</i>	126	<i>topiramate</i>	120	<i>tri-lo-sprintec</i>	115
<i>terbutaline</i>	60	<i>toposar</i>	14	<i>trimethoprim</i>	102
<i>terconazole</i>	100	<i>toremifene</i>	14	<i>tri-mili</i>	116
<i>teriflunomide</i>	56	<i>torsemide</i>	47	<i>trimipramine</i>	124
<i>TERUMO INSULIN SYRINGE</i>	163, 164	<i>TOUJEO MAX U-300</i>		<i>TRINTELLIX</i>	124
<i>testosterone</i>	71, 72	<i>SOLOSTAR</i>	23	<i>tri-nymyo</i>	116
<i>testosterone cypionate</i>	71	<i>TOUJEO SOLOSTAR U-300</i>		<i>tri-previfem (28)</i>	116
<i>testosterone enanthate</i>	71	<i>INSULIN</i>	23	<i>tri-sprintec (28)</i>	116
<i>TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)</i>	86	<i>TRACLEER</i>	94	<i>TRIUMEQ</i>	131
		<i>TRADJENTA</i>	21	<i>TRIUMEQ PD</i>	131
		<i>tramadol</i>	99	<i>triveen-duo dha</i>	183
		<i>tramadol-acetaminophen</i>	99	<i>trivora (28)</i>	116
		<i>trandolapril</i>	48	<i>tri-vylibra</i>	116
		<i>trandolapril-verapamil</i>	48		

<i>tri-vylibra lo</i>	116
TRIZIVIR	131
TROGARZO	131
TROPHAMINE 10 %	37
<i>trospium</i>	71
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	65
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	165
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	165
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	65
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	164, 165, 166
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	165
TRUEPLUS INSULIN	166
TRUEPLUS PEN NEEDLE	166
TRULICITY	21
TRUMENBA	86
TRUSELTIQ	14
TRUXIMA	14
TUKYSA	14
<i>tulana</i>	116
TURALIO	14
TWINRIX (PF)	86
<i>tyblume</i>	116
TYBOST	94
TYMLOS	51
TYPHIM VI	86
TYSABRI	82
<b>U</b>	
UBRELVY	25
UDENYCA	179
UDENYCA AUTOINJECTOR	179
ULTICARE	167
ULTICARE INSULIN SYRINGE	167
ULTICARE INSULIN SYR(HALF UNIT)	167
ULTICARE PEN NEEDLE	167
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	167
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR	168
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	168
ULTILET ALCOHOL SWAB	65
ULTILET INSULIN SYRINGE	151, 168
ULTILET PEN NEEDLE	168
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	149, 160
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	144, 149, 169
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	169
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	169
ULTRA FLO PEN NEEDLE	169
ULTRA THIN PEN NEEDLE	170
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	170
ULTRACARE PEN NEEDLE	170
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	170, 171
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	171
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	171
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	171
UNIFINE PEN NEEDLE	171
UNIFINE PENTIPS	157, 171
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	171
UNIFINE PENTIPS PLUS	172
<b>UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW</b>	172
UNIFINE SAFECONTROL	172
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	172
UPTRAVI	94
<i>ursodiol</i>	69
UZEDY	34, 35
<b>V</b>	
<i>valacyclovir</i>	133
VALCHLOR	65
<i>valganciclovir</i>	133
<i>valproate sodium</i>	120
<i>valproic acid</i>	120
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	120
<i>valsartan</i>	43
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	43
VALTOCO	120, 121
<i>vancomycin</i>	102
VANFLYTA	15
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	172
VANISHPOINT SYRINGE	172
VAQTA (PF)	86
<i>varenicline</i>	17
VARIVAX (PF)	86
VASCEPA	46
VEGZELMA	15
VELCADE	15
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	116
VELPHORO	70
VELTASSA	69
VEMLIDY	131
VENCLEXTA	15
VENCLEXTA STARTING PACK	15
<i>venlafaxine</i>	124
<i>venlafaxine besylate</i>	124
<i>verapamil</i>	41

VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	173
VERIFINE PEN NEEDLE.....	173
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE .....	173
VERSACLOZ .....	35
VERSALON.....	173
VERZENIO.....	15
<i>vestura</i> (28) .....	116
V-GO 20.....	173
V-GO 30.....	173
V-GO 40.....	173
VICTOZA .....	21
<i>vienna</i> .....	116
<i>vigabatrin</i> .....	121
<i>vigadron</i> .....	121
VIIBRYD .....	124
<i>vilazodone</i> .....	124
<i>vinate care</i> .....	183
<i>vinorelbine</i> .....	15
<i>viorele</i> (28) .....	116
VIRACEPT .....	131
VIREAD.....	131
<i>virt-c dha</i> .....	183
<i>virt-nate dha</i> .....	183
<i>virt-pn dha</i> .....	183
<i>virt-pn plus</i> .....	183
<i>vitafol gummies</i> .....	183
<i>vitafol nano</i> .....	183
<i>vitafol-ob+dha</i> .....	183
VITRAKVI.....	15
VIZIMPRO.....	15
VOCABRIA .....	131
<i>volnea</i> (28).....	116
VONJO.....	15
<i>voriconazole</i> .....	126
VOSEVI .....	132
VOTRIENT .....	15
VOWST.....	94
<i>vp-ch-pnv</i> .....	183
<i>vp-pnv-dha</i> .....	183
VRAYLAR.....	35
VUMERITY .....	56
<i>vyfemla</i> (28) .....	116
<i>vylibra</i> .....	116
<b>W</b>	
<i>warfarin</i> .....	177
WEBCOL .....	65
WELIREG .....	15
<i>wera</i> (28).....	116
<b>X</b>	
XALKORI .....	15
XARELTO.....	177
XARELTO DVT-PE TREAT 3D START.....	177
XATMEP .....	15
XCOPRI.....	121
XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	121
XCOPRI TITRATION PACK .....	121
XELJANZ.....	82
XELJANZ XR .....	82
XERMELO .....	69
XGEVA .....	51
XHANCE.....	91
XIFAXAN .....	102
XIGDUO XR .....	21
XIIDRA .....	91
XOFLUZA.....	133
XOLAIR .....	57, 58
XOSPATA .....	16
XPOVIO .....	16
XTAMPZA ER .....	99
XTANDI .....	16
<i>xulane</i> .....	116
XULTOPHY 100/3.6.....	23
XYOSTED.....	72
XYREM.....	51
<b>Y</b>	
<i>yargesa</i> .....	180
YEROVY .....	16
YF-VAX (PF).....	86
YONSA .....	16
<i>yuvafem</i> .....	73
<b>Z</b>	
<i>zafemy</i> .....	116
<i>zafirlukast</i> .....	59
<i>zaleplon</i> .....	51
<i>zarah</i> .....	116
ZARXIO .....	179
<i>zatean-pn dha</i> .....	183
<i>zatean-pn plus</i> .....	183
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR.....	94
ZEGALOGUE SYRINGE .....	94
ZEJULA .....	16
ZELBORAF .....	16
<i>zenatane</i> .....	65
ZENPEP .....	180
<i>zidovudine</i> .....	132
<i>zingiber</i> .....	183
<i>ziprasidone hcl</i> .....	35
<i>ziprasidone mesylate</i> .....	35
ZIRABEV .....	16
ZIRGAN .....	90
ZOLADEX .....	16
<i>zoledronic acid</i> .....	51
<i>zoledronic acid-mannitol-water</i> .....	51
ZOLINZA .....	16
<i>zolmitriptan</i> .....	25
<i>zolpidem</i> .....	51
ZONISADE .....	121
<i>zonisamide</i> .....	121
<i>zovia 1-35</i> (28) .....	117
ZTALMY .....	121
ZTLIDO .....	99
<i>zumandimine</i> (28) .....	117
ZYDELIG .....	16
ZYKADIA .....	16
ZYLET .....	90
ZYNLONTA .....	17
ZYNYZ .....	17
ZYPREXA RELPREVV .....	35





## Discrimination is Against the Law

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sexual orientation, gender identity, and sex characteristics).

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities, including appropriate auxiliary aids and other services, to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including electronic and translated documents and oral interpretation, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services  
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108  
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898  
Fax 1-415-397-2129

<https://cchphealthplan.com/>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201,  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

華人保健計劃（CCHP）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統（包括有限的英語水平及主要語言）、年齡、殘障或性別（包括性取向、性別認同及性別特徵）而歧視任何人。

華人保健計劃（CCHP）：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，包括適合的輔助設備及其他服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，包括電子文件、翻譯文件、口譯，如：
  - 合格的翻譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃（CCHP）

如果您認為華人保健計劃（CCHP）未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透

過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services  
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108  
1-888-775-7888, 聽力殘障人仕電話 1-877-681-8898  
傳真 1-415-397-2129

<https://cchphealthplan.com/>

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生及公共服務部) 的 Office for Civil Rights (民權辦公室) 提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) (聾人用電信設備)

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

---

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma materno edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales).

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades incluidas las ayudas auxiliares apropiadas y otros servicios, para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services  
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108  
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898  
Fax 1-415-397-2129.  
<https://cchphealthplan.com/>

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, and appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, y las ayudas y servicios auxiliares apropiados. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телефон: 1-877-681-8898)

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم . (TTY: 1-877-681-8898) 1-888-775-7888

**Hindi:** ध्यान दः यद आप हवी बोलते ह तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह।

1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ։ Զանգահարեք 1-888-775-7888 (TTY (հեռախոս)՝ 1-877-681-8898):

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាមួកនិយាយ តាសាអូរ, សេវាឌំឡូលូចការណា ដោយមិនគិតិតណ្ហល គឺអាមេរិកសំរាប់បំផុត មួក។ ឯធម៌ ទូរសព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Thai:** ເຮັດວຽກ: ດ້ວຍຄວາມສາມາດໃຫ້ຮັບຮັດຊ່າຍແລ້ວທ່າງການຢ່າວິໄວ້ໄວ້ 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

**Persian (Farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) تماس بگیرید.

**Lao (Laotian):**

ຄວາມສົນໃຈ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາກາວາວ, ທ່ານພາມມາດຕິດຕໍ່ເປີຂ້າງວຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຈ່າຍເຫຼືອປັນພາກາຂອງທ່ານໄດ້. ໂທທ່ານເປີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).



445 Grant Avenue, Suite 700, San Francisco, CA 94108 | Tel 1-415-955-8800 | Fax 1-415-955-8818 | [www.cchphealthplan.com/medicare](http://www.cchphealthplan.com/medicare)

Este formulario fue actualizado el 21 de noviembre de 2023. Para más información reciente y otras preguntas, comuníquese con nosotros, Chinese Community Health Plan Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-775-7888 o para usuarios TTY, 1-877-681-8898, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite [www.cchphealthplan.com/medicare](http://www.cchphealthplan.com/medicare).

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.