



Lista de medicamentos aprobados del 2024

(lista de medicamentos cubiertos)

LEA ESTO: EL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Identificación de la lista de medicamentos aprobados 00023423, versión 13

No hemos realizado cambios en esta lista de medicamentos aprobados desde el 01/05/2024.

Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite **es.clevercarehealthplan.com/formulary**.

Nota para miembros existentes: Esta lista de medicamentos aprobados ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos aprobados se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Clever Care Health Plan. Cuando se refiere a "plan," "nuestro plan," o "su plan," significa Clever Care Longevity (HMO), Clever Care Active (HMO), Clever Care Value (HMO), o Clever Care Total+ (HMO C-SNP).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos aprobados) de nuestro plan que está actualizada a partir del 19/10/2023. Para obtener una lista de medicamentos aprobados actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos aprobados, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2024 y de vez en cuando en el transcurso del año.

¿Qué es el formulario de Clever Care?

Una lista de medicamentos aprobados es una lista de medicamentos cubiertos por nosotros seleccionados en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias con receta médica que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nosotros generalmente cubriremos los medicamentos que figuran en nuestra lista de medicamentos aprobados, siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, que la receta se surta en una farmacia de la red y que se cumplan las demás reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de Cobertura.

¿La lista de medicamentos aprobados (lista de medicamentos) puede cambiar?

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, trasladarlos a diferentes niveles de participación en los costos o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios.

Cambios que le pueden afectar 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 incluido en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparezca con el mismo nivel de participación en los costos, o con una participación en los costos 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 costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está usando ese medicamento de marca, 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 hacemos dicho cambio, usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección denominada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?”

Medicamentos retirados del mercado.

Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, inmediatamente lo eliminaremos de nuestra lista de medicamentos aprobados y notificaremos a los miembros que usan el medicamento.

Otros cambios.

- Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que actualmente usan 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 la lista de medicamentos aprobados o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de participación en los costos diferente o ambos. O podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos aprobados, agregamos límites de cantidad, autorizaciones previas o restricciones de terapia de pasos en un medicamento, o trasladamos un medicamento a un nivel superior de reparto de gastos, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite una reposición del medicamento, momento en que el miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.
 - Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona encargada de extender la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. El aviso que le proporcionemos también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección denominada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?”

Cambios que no le afectarán si actualmente está tomando el medicamento.

Por lo general, si usted toma un medicamento de nuestra lista de medicamentos aprobados del 2024 que estaba cubierto a principios del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos permanecerán disponibles con la misma participación en los costos y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, tales cambios le afectarán y es importante que consulte la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios para ver si existen cambios en los medicamentos.

La lista de medicamentos aprobados adjunta está vigente a partir del 01/05/2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de portada y contraportada. En caso de que se produzca un cambio en la lista de medicamentos aprobados a mitad de año que no sea de mantenimiento, publicamos todos los avisos en nuestro sitio web y le enviaremos un aviso 30 días antes de que entre en vigencia el cambio.

¿Cómo utilizo la lista de medicamentos aprobados?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en la lista de medicamentos aprobados:

Afección médica

La lista de medicamentos aprobados comienza en la página 3. Los medicamentos en esta lista de medicamentos aprobados están agrupados en categorías según el tipo de afecciones médicas

para las que se usan. Por ejemplo, los medicamentos usados para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página 1. El índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. El índice incluye los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información de 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?

Clever Care cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como medicamento que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existen restricciones en mi cobertura?

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

Autorización previa: Clever Care solicita que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que debe obtener la aprobación de Clever Care antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Clever Care no cubra el medicamento.

Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubrimos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 12 comprimidos por receta para 30 días de rizatriptan (medicamento genérico de MAXALT). Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.

Terapia de pasos: En algunos casos, nosotros requerimos que primero pruebe determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que nosotros quizás no cubriremos el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nosotros cubriremos el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional buscando en la lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 3. También puede obtener más información

sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia de pasos. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

Puede pedir que nosotros hagamos una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?” en la página v para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos sin receta médica que normalmente están cubiertos en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare. Nosotros pagamos por determinados medicamentos OTC. Puede encontrar una lista de medicamentos OTC en es.clevercarehealthplan.com. Nosotros proporcionaremos estos medicamentos OTC sin costo alguno para usted. El costo para nosotros de estos medicamentos OTC no se tendrá en cuenta en sus costos totales de medicamentos de la Parte D (es decir, el costo de los medicamentos OTC no se tiene en cuenta en la brecha de cobertura).

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista de medicamentos aprobados?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos aprobados (lista de medicamentos cubiertos), debe comunicarse primero con el Servicio de Atención al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto. Para más información, póngase en contacto con nosotros. Nuestros datos de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figuran en la portada y la contraportada.

Si efectivamente Clever Care no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de Atención al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Clever Care. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Clever Care.
- Puede pedir que nosotros hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos aprobados de Clever Care?

Puede solicitar que nosotros hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestra lista de medicamentos aprobados. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto con un nivel de

participación en los costos predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento con un nivel de participación en los costos más bajo.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento de la lista de medicamentos aprobados con un nivel de participación en los costos más bajo a menos que este medicamento no se encuentra en el nivel de especialidad. Si se aprueba, se disminuirá el monto que debe pagar por el medicamento.
- Puede pedirnos que suspendamos las restricciones de cobertura o los límites de su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, nosotros limitamos la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

En general, nosotros solamente aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos aprobados del plan, el medicamento de participación en los costos más bajos o las restricciones de utilización adicionales no son tan efectivos en el tratamiento de su afección y/o le causan efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para una lista de medicamentos aprobados o una excepción de restricción de utilización. **Cuando solicite una excepción de la lista de medicamentos aprobados, del nivel, o de la restricción de utilización, debe enviar una declaración del profesional que extiende la receta o del médico que respalda su solicitud.** En general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de la persona que extiende la receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico creen que su salud podría verse seriamente perjudicada al esperar hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de aceleración, debemos comunicarle una decisión a más tardar 24 horas después de que recibamos una declaración de respaldo de su médico u otra persona encargada de extender la receta.

¿Qué debo hacer antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como miembro nuevo o anterior de nuestro plan, es posible que esté usando medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos aprobados. O bien, puede estar usando un medicamento que está en nuestra lista de medicamentos aprobados, pero su capacidad de obtenerlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite una autorización previa de nuestra parte antes de que pueda surtir su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos aprobados para que cubramos el medicamento que usted usa. Mientras habla con su médico para determinar el curso de acción correcto para usted, podemos cubrir su medicamento en determinados casos durante los primeros 100 días que sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestra lista de medicamentos aprobados, o si su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si su receta fue extendida por menos días, le permitiremos múltiples reposiciones para

proporcionar como máximo un suministro de medicamento para 30 días. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de 100 días.

Si usted es residente de un centro de atención de largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos aprobados o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 100 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras solicita una excepción a la lista de medicamentos aprobados.

Nota:

- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC) o de una estadía en el hospital a casa y necesitan un suministro de transición de inmediato:** cubriremos un suministro para 30 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 30 días del medicamento).
- **Para los miembros actuales del plan que se están trasladando de la casa o una estadía en el hospital a un centro de atención de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de transición de inmediato:** cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está redactada para menos días (en cuyo caso le permitimos múltiples surtidos para brindar un suministro total de hasta 31 días del medicamento).

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta médica de Clever Care, revise su *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan. Si tiene preguntas sobre Clever Care, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez la lista de medicamentos aprobados, aparece en la portada y contraportada.

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

Lista de medicamentos aprobados de Clever Care

La lista de medicamentos aprobados que comienza en la página 1 proporciona información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por nosotros. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben en mayúscula (p. ej., JARDIANCE) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (p. ej., *jasmie*l).

La información contenida en la columna de Requisitos/Límites indica si Clever Care tiene requisitos especiales para la cobertura de su medicamento.

Leyenda

SÍMBOLO DE REQUISITOS	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B de Medicare vs. Parte D de Medicare	Algunos medicamentos pueden requerir la determinación de cobertura de la Parte B o Parte D, de acuerdo con las reglas de cobertura de Medicare.
CB	Beneficio limitado	Esta receta tiene un límite de beneficio limitado.
EX	Medicamento excluido	Este medicamento con receta médica no está normalmente cubierto en un Plan de medicamentos con receta médica de Medicare. El monto que paga cuando surte una receta para este medicamento no se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que paga no lo ayuda a calificar para una cobertura contra catástrofes). Además, si actualmente recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar por este medicamento.
BC	Brecha de cobertura	Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento con receta médica en la brecha de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.
LA	Acceso limitado	Este medicamento con receta médica puede estar disponible solamente en algunas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame al Servicio de Atención al Miembro de Clever Care al 1-833-388-8168 (TTY:711) o visite es.clevercarehealthplan.com .
NDS	Suministro de días no extendidos	Este medicamento solo se puede obtener por un suministro de un mes o menos.
NSO	Solo nuevo comienzo	Si no ha tomado este medicamento antes, usted o su médico están obligados a obtener autorización previa.
AP	Autorización previa	La cobertura de esta receta requiere autorización previa.
LC	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de cantidad de dosificación o prescripción. Los límites máximos de dosis diarias son definidos por la FDA.
TP	Terapia de pasos	La cobertura de esta receta se proporciona cuando se han probado otras terapias farmacológicas de primera línea o preferidas.

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	18
Agentes Antiansiedad	19
Agentes Antidemencia	20
Agentes Antidiabetico	21
Agentes Antigota	26
Agentes Antimigraña	26
Agentes Antinausea	28
Agentes Antiparasitarios	30
Agentes Antiparkinson	30
Agentes Antipsicóticos	32
Agentes Calóricos	37
Agentes Cardiovasculares	39
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	51
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	52
Agentes De Trastorno De Sueño	53
Agentes Del Sistema Nervioso Central	54
Agentes Del Tracto Respiratorio	59
Agentes Dentales Y Orales	64
Agentes Dermatológicos	64
Agentes Gastrointestinales	70
Agentes Genitourinarios	74
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	75
Agentes Inmunológicos	82
Agentes Oftálmicos	92
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	93
Agentes Terapeuticos Misceláneos	98

Agentes Vasodilatadores	100
Analgésicos	101
Anestésicos	107
Antagonistas De Metales Pesados	108
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	108
Antibacterianos	109
Anticonceptivos	116
Anticonvulsivos	125
Antidepresivos	130
Antifúngicos	133
Antihistamínicos	135
Antimicobacteriales	136
Antivirales (Sitémico)	136
Dispositivos	143
Preparaciones De Reemplazo	182
Productos Para La Tos Y Resfriado	184
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	184
Reemplazo/Modificadores De Enzima	188
Relajantes Musculares Esqueléticos	190
Vitaminas Y Minerales	191

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	5	PA NSO; NDS
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	2	GC
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	2	GC
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg</i>	4	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 2.5 mg</i>	5	PA NSO; NDS
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	5	PA NSO; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>carboplatin intravenous solution 10 mg/ml</i> (Paraplatin)	2	GC
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10 ml</i>	2	PA BvD; GC
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA NSO; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 200 mg/ml, 500 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	3	PA BvD; ST
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 28 days)
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML	5	PA NSO; NDS
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln 50 mg</i> (Dacogen)	5	NDS
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml)</i>	2	GC
<i>doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i> (Caelyx)	5	PA BvD; NDS
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	4	PA NSO

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	4	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	4	PA NSO
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	4	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL OUTER, SUV, P/F 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	5	NDS
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5	PA NSO; NDS
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	5	PA NSO; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 25 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i> (Tarceva)	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	4	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	2	GC
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Afinitor)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5	PA BvD; NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA BvD
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	2	PA BvD; GC
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	2	PA BvD; GC
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	5	NDS
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	5	PA NSO; NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>gemcitabine intravenous solution 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG (lomustine)	4	
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	2	GC
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	2	GC
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	2	PA NSO; GC; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 560 MG	5	NDS; QL (28 per 28 days)
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS
IMLYGIC INJECTION SUSPENSION 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML	4	PA NSO; QL (4 per 365 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml</i> (Camptosar)	2	GC
<i>irinotecan intravenous solution 500 mg/25 ml</i>	2	GC
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 21 days)
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5	PA NSO; NDS; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	5	PA NSO; NDS
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA NSO; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	1	GC
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5	NDS
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	4	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	2	PA NSO; GC
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA NSO; NDS; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA NSO; NDS; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	5	PA NSO; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA NSO; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5	NDS
LYTGOBI ORAL TABLET 4 MG, 4 MG (4X 4 MG TB), 4 MG (5X 4 MG TB)	5	PA NSO; NDS; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5	NDS
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	GC
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA BvD; ST; GC
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	5	NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (3 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA NSO; NDS
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	5	PA BvD; NDS
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	5	NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i> (Alimta)	5	NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	5	NDS
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	PA NSO; NDS; QL (21 per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5	NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA NSO; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (224 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5	NDS
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	4	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	2	GC
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	5	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5	PA NSO; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	3	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	5	NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (64 per 28 days)
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA NSO; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5	PA NSO; NDS
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
VELCADE INJECTION RECON (bortezomib) SOLN 3.5 MG	5	PA NSO; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA NSO; LA; NDS; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5	PA NSO; LA; NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>vinblastine intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>vincasar pfs intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (vincristine)	2	PA BvD; GC
<i>vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml</i> (Vincasar PFS)	2	PA BvD; GC
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (300 per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	4	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5	PA NSO; NDS; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5	PA NSO; NDS; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5	PA NSO; NDS; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	5	PA NSO; NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	5	PA NSO; NDS; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA NSO; NDS; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5	PA NSO; NDS; QL (240 per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA NSO; NDS
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	4	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5	NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5	PA NSO; NDS; QL (84 per 28 days)
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	5	PA NSO; NDS
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	5	PA NSO; NDS; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias		
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	2	GC
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	2	GC
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	1	GC
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	2	GC
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4	QL (2688 per 365 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	4	QL (240 per 180 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 100 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 30 days)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION, EXTENDED REL SYRINGE 300 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 30 days)
<i>varenicline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC; QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablet 1 mg</i> (Chantix)	2	GC; QL (336 per 365 days)
<i>varenicline oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)</i> (Chantix Starting Month Box)	2	GC
Agentes Antiansiedad		
Benzodiacepinas		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i> (Xanax)	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i> (Xanax)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Xanax XR)	2	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam oral tablet extended release 24 hr 3 mg</i> (Xanax XR)	2	GC; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i> (Klonopin)	1	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC; QL (10 per 28 days)
<i>diazepam injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml</i> (diazepam)	2	GC; QL (1200 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> (Valium)	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg</i>	2	GC; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 2 mg</i>	2	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 15 mg</i>	2	GC; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>flurazepam oral capsule 30 mg</i>	2	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml oral concent</i> (Lorazepam Intensol)	2	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg/ml vial 25's, outer</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam 4 mg/ml vial inner</i> (Ativan)	1	GC
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml</i> (Ativan)	2	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection solution 4 mg/ml</i> (Ativan)	4	QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam injection syringe 2 mg/ml</i>	1	GC; QL (2 per 30 days)
<i>lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml</i> (lorazepam)	2	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i> (Ativan)	1	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>midazolam oral syrup 2 mg/ml</i>	2	GC; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>oxazepam oral capsule 10 mg, 15 mg, 30 mg</i>	2	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> (Restoril)	1	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.125 mg</i>	2	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>triazolam oral tablet 0.25 mg</i> (Halcion)	2	GC; NDS; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia		
Agentes Antidemencia		
<i>donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Aricept)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>donepezil oral tablet 23 mg</i> (Aricept)	2	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>donepezil oral tablet, disintegrating</i> <i>10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ergoloid oral tablet 1 mg</i>	2	GC
<i>galantamine oral capsule, ext rel.</i> <i>pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>galantamine oral solution 4 mg/ml</i>	2	GC; QL (200 per 30 days)
<i>galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg,</i> <i>8 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er</i> (Namenda XR) <i>24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>memantine oral solution 2 mg/ml</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>memantine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
NAMZARIC ORAL CAP, SPRINKLE, ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	4	ST
NAMZARIC ORAL CAPSULE, SPRINKLE, ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7- 10 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5</i> <i>mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24</i> (Exelon Patch) <i>hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24</i> <i>hour, 9.5 mg/24 hour</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico		
Agentes Antidiabeticos, Varios		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg,</i> (Precose) <i>50 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	3	GC; QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50- 1,000 MG, 50-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	2	GC; QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	GC; QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	GC; QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	GC; QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; GC; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA NSO; GC; QL (3 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA NSO; GC; QL (1.5 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide-metformin oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	3	PA NSO; GC; QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 2,700 MCG/2.7 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1,500 MCG/1.5 ML	5	PA; NDS; QL (10.8 per 28 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA NSO; GC; QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG (dapaglifloz propaned- metformin)	3	GC; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG	3	GC; QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG (dapaglifloz propaned- metformin)	3	GC; QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous insulin pen 100 unit/ml</i> <i>(70-30)</i> (Novolog Mix 70- 30FlexPen U-100)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> <i>subcutaneous solution 100 unit/ml</i> <i>(70-30)</i> (Novolog Mix 70-30 U- 100 Insulin)	2	GC; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>cartridge 100 unit/ml</i> (Novolog PenFill U-100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous</i> <i>insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i> (Novolog FlexPen U- 100 Insulin)	2	GC; QL (30 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i> (Novolog U-100 Insulin aspart)	2	GC; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (insulin glargine-yfgn)	3	QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARG-YFGN)PEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine-yfgn)	3	QL (30 per 28 days)
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (3 ML) (insulin glargine u-300 conc)	3	QL (18 per 28 days)
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML) (insulin glargine u-300 conc)	3	QL (13.5 per 28 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 10 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release (Glucotrol XL) 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 250 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5- 500 mg, 5-500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>	1	GC
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25- 250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	GC
Agentes Antigota		
Agentes Antigota, Otros		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg (Zyloprim)</i>	1	GC
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1	GC
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg (Mitigare)</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg (Colcris)</i>	2	PA; GC; QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg (Uloric)</i>	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 (colchicine) MG	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	2	GC
Agentes Antimigraña		
Agentes Antimigraña		
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	3	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml</i>	5	NDS; QL (24 per 28 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non- aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	5	ST; NDS; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	3	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	2	GC; QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	3	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i>	2	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	1	GC; QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 4 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	4	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	2	GC; QL (4 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous syringe 6 mg/0.5 ml</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan-naproxen oral tablet 85-500 mg</i> (Treximet)	2	GC; QL (9 per 27 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	3	PA; QL (16 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i> (Zomig)	2	GC; QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet, disintegrating 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (6 per 30 days)
Agentes Antinausea		
Agentes Antinausea		
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS RECON SOLN 235-0.25 MG	4	
AKYNZEO (FOSNETUPITANT) INTRAVENOUS SOLUTION 235 MG-0.25 MG /20 ML	4	
AKYNZEO (NETUPITANT) ORAL CAPSULE 300-0.5 MG	4	PA BvD
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION 7.2 MG/ML	4	QL (4.4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	2	PA BvD; GC; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	2	PA BvD; GC; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule, dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	2	PA BvD; GC
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	2	GC
<i>dimenhydrinate injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>droperidol injection solution 2.5 mg/ml</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>scopolamine base transdermal patch</i> (Transderm-Scop) <i>3 day 1 mg over 3 days</i>	2	GC; QL (10 per 30 days)
Agentes Antiparasitarios		
Agentes Antiparasitarios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	5	NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepron)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone)	2	GC
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i> (Malarone Pediatric)	2	GC
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	2	GC; QL (90 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	2	GC
KRINTAFEL ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	5	NDS
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	2	GC
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	2	PA BvD; GC
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	2	GC
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG	4	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	2	PA; GC; QL (42 per 7 days)
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
Agentes Antiparkinson		
Agentes Antiparkinson		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	2	GC
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>apomorphine subcutaneous cartridge</i> (APOKYN) <i>10 mg/ml</i>	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>benztropine injection solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>bromocriptine oral capsule 5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i> (Parlodel)	2	GC
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa oral tablet 25 mg</i> (Lodosyn)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	2	GC
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	2	GC
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5	PA; NDS; QL (300 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	5	PA; NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	ST; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 129 MG, 193 MG, 258 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 322 MG/DAY(129 MG X1-193MG X1)	4	ST; QL (60 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	1	GC
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	2	GC
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	2	GC
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral elixir 0.4 mg/ml</i>	2	GC
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
XADAGO ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
Agentes Antipsicóticos		
Agentes Antipsicóticos		
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	2	GC
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	ST; GC; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating 15 mg</i>	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5	NDS; QL (4.8 per 365 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5	NDS; QL (3.9 per 14 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	2	GC
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	2	GC
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	2	GC
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5	NDS; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5	NDS; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5	NDS; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5	NDS; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5	NDS; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5	NDS; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5	NDS; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5	NDS; QL (1.32 per 70 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5	NDS; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5	NDS; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	5	NDS; QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	5	NDS; QL (60 per 30 days)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	2	GC; QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5	PA NSO; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i> (Zyprexa)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Zyprexa)	2	GC
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Zyprexa Zydis)	2	GC
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PERSERIS ABDOMINAL SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	5	NDS; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	2	GC
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	2	GC
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG	5	ST; NDS; QL (120 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.5 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	2	GC; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	5	NDS; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	2	GC
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	2	GC
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	2	GC
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	5	NDS; QL (0.28 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	5	NDS; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	5	NDS; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	5	NDS; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	5	NDS; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	5	NDS; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	5	NDS; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5	ST; NDS; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	4	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, (Geodon) 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>ziprasidone mesylate intramuscular (Geodon) recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i>	2	GC; QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	4	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	5	NDS; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	5	NDS; QL (1 per 28 days)

Agentes Calóricos

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Calóricos		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 2.75 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	PA BvD

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	PA BvD
<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i> <i>intravenous parenteral solution 10 %</i>	2	PA BvD; GC
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> <i>intravenous piggyback 5 %</i>	2	GC
<i>dextrose 5%-water iv soln single use</i>	2	GC
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	4	PA BvD
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	4	PA BvD
PROSOL 20 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	PA BvD
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	PA BvD
Agentes Cardiovasculares		
Agentes Alfa-Adrenérgicos		
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	1	GC
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	2	GC
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenylephrine hcl injection solution</i> (Vazculep) 10 mg/ml	2	GC
<i>prazosin oral capsule</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	GC
Agentes Antiarrítmicos		
<i>amiodarone oral tablet</i> 100 mg, 400 mg (Pacerone)	2	GC
<i>amiodarone oral tablet</i> 200 mg (Pacerone)	1	GC
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i> (Norpace) 100 mg, 150 mg	2	GC
<i>dofetilide oral capsule</i> 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg (Tikosyn)	2	GC
<i>flecainide oral tablet</i> 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	GC
<i>lidocaine (pf) intravenous syringe</i> 100 mg/5 ml (2 %), 50 mg/5 ml (1 %)	1	GC
<i>mexiletine oral capsule</i> 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	GC
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	3	
<i>pacerone oral tablet</i> 100 mg, 200 mg, 400 mg (amiodarone)	2	GC
<i>procainamide injection solution</i> 100 mg/ml, 500 mg/ml	2	GC
<i>procainamide intravenous syringe</i> 100 mg/ml	2	GC
<i>propafenone oral capsule, extended release</i> 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	GC
<i>propafenone oral tablet</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	GC
<i>quinidine gluconate oral tablet extended release</i> 324 mg	2	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 200 mg	1	GC
<i>quinidine sulfate oral tablet</i> 300 mg	2	GC
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos		
<i>acebutolol oral capsule</i> 200 mg, 400 mg	2	GC
<i>atenolol oral tablet</i> 100 mg, 25 mg, 50 mg (Tenormin)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	2	GC
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	2	GC
<i>betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	1	GC
<i>labetalol intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>labetalol intravenous syringe 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 20 mg/4 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	1	GC
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	1	GC
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	1	GC
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Corgard)	2	GC
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	2	GC
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>propranolol intravenous solution 1 mg/ml</i>	2	GC
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	2	GC
<i>propranolol-hydrochlorothiazid oral tablet 40-25 mg, 80-25 mg</i>	2	GC
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	2	GC
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	2	GC
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio		
<i>cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 360 mg</i> (Taztia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 420 mg</i> (Tiadylt ER)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg</i> (Cardizem LA)	2	GC
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (Matzim LA)	2	GC
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>tiadylt er oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	2	GC
<i>verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Verelan PM)	2	GC
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 360 mg</i>	4	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	GC
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	GC
Agentes Cardiovasculares, Varios		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	GC; QL (600 per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (digoxin)	2	GC
<i>digoxin injection solution 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i> (Lanoxin)	2	GC
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	2	GC
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	2	GC
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	2	GC; QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	2	GC; QL (4 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i> (Adrenalin)	1	GC
<i>hydralazine injection solution 20 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Sajazir)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	5	NDS
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (icatibant)	5	PA; NDS; QL (18 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.15 MG/0.3 ML	4	QL (4 per 30 days)
SYMJEPI INJECTION SYRINGE 0.3 MG/0.3 ML (epinephrine)	4	QL (4 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii		
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	2	GC
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	2	GC
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG	3	GC; QL (180 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG	3	GC; QL (60 per 30 days)
<i>eprosartan oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	2	GC
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	1	GC
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	1	GC
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	2	GC
<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)	2	GC
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	2	GC
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	2	GC
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	2	GC
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	2	GC
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Diovan)	2	GC
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i> (Diovan HCT)	2	GC
Dihidropiridinas		
<i>amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Norvasc)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i> (Lotrel)	1	GC
<i>amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i> (Azor)	2	GC
<i>amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i> (Exforge)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amlodipine-valsartan-hcthiamid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i> (Exforge HCT)	2	GC
<i>felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
KATERZIA ORAL SUSPENSION 1 MG/ML	4	ST; QL (300 per 30 days)
<i>nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg</i> (Procardia XL)	2	GC
<i>nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	2	GC
Dislipidémicos		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg</i> (Caduet)	2	GC
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i> (Caduet)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>	2	GC
<i>atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lipitor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	2	GC
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	2	GC
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	2	GC
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	2	GC
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	2	GC
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	2	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	2	GC
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	2	GC
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	2	GC
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg</i> (Trilipix)	2	GC
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	2	GC
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	1	GC
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (pitavastatin calcium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	3	QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	1	GC
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	2	GC
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	2	ST; GC; QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	QL (2 per 28 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i> (cholestyramine-aspartame)	2	GC
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	3	QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	3	QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (240 per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GRAM (icosapent ethyl)	2	GC; QL (120 per 30 days)
Diuréticos		
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	2	GC
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	2	GC
<i>chlorothiazide sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	GC
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	1	GC
JYNARQUE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
JYNARQUE ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	1	GC
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	2	GC
<i>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>toremide oral tablet 20 mg</i> (Soaanz)	2	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg</i> (Maxzide-25mg)	1	GC
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 75-50 mg</i> (Maxzide)	1	GC
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina		
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	1	GC
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	2	GC
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	2	GC
<i>enalapril maleate oral solution 1 mg/ml</i> (Epaned)	2	ST; GC; QL (1200 per 30 days)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	1	GC
<i>enalaprilat intravenous solution 1.25 mg/ml</i>	2	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	1	GC
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	2	GC
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	1	GC
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Zestoretic)	1	GC
<i>moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	GC
<i>quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Accupril)	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Accuretic)	2	GC
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Altace)	1	GC
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	GC
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</i>	2	GC
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona		
<i>aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Tekturna)	2	GC
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Inspra)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	PA; QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone oral suspension 25 mg/5 ml</i> (CaroSpir)	2	ST; GC; QL (600 per 30 days)
Vasodilatadores		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i> (Isordil Titradoso)	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	GC
<i>isosorbide-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg</i> (BiDil)	2	GC
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	2	GC
<i>nitroglycerin intravenous solution 50 mg/10 ml (5 mg/ml)</i>	2	GC
<i>nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i> (Nitrostat)	2	GC
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i> (Nitro-Dur)	2	GC
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria		
<i>alosetron oral tablet 0.5 mg</i> (Lotronex)	2	GC
<i>alosetron oral tablet 1 mg</i> (Lotronex)	5	NDS
<i>balsalazide oral capsule 750 mg</i> (Colazal)	2	GC
<i>budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg</i>	2	GC
<i>budesonide rectal foam 2 mg/actuation</i> (Uceris)	2	GC
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG	5	ST; NDS
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml</i> (Cortenema)	2	GC
<i>mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg</i> (Delzicol)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram</i> (Apriso)	2	GC
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram</i> (Lialda)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 800 mg</i>	2	GC
<i>mesalamine rectal suppository 1,000 mg</i> (Canasa)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i> (Azulfidine)	2	GC
<i>sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (Azulfidine EN-tabs)	4	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica		
<i>alendronate oral solution 70 mg/75 ml</i>	2	GC; QL (300 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>alendronate oral tablet 35 mg</i>	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>alendronate oral tablet 70 mg</i> (Fosamax)	1	GC; QL (4 per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) injection solution 200 unit/ml</i> (Miacalcin)	5	NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation</i>	2	GC; QL (3.7 per 28 days)
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	2	GC
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i> (Rocaltrol)	2	GC
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg</i>	2	GC
<i>ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml</i>	2	GC; QL (3 per 84 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	1	GC; QL (1 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
<i>pamidronate intravenous recon soln 30 mg, 90 mg</i>	2	GC
<i>pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)</i>	2	GC
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemlar)	2	GC
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	2	GC
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	3	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	3	QL (60 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 150 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg</i> (Actonel)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)</i>	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>risedronate oral tablet, delayed release (dr/ec) 35 mg</i> (Atelvia)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	2	GC; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	3	QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous recon soln 4 mg</i>	2	GC
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i> (Reclast)	2	GC; QL (100 per 300 days)

Agentes De Trastorno De Sueño

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Trastorno De Sueño		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	5	PA; LA; NDS; QL (540 per 30 days)
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i> (Hetlioz)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet, ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
Agentes Del Sistema Nervioso Central		
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	2	GC; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5	PA; 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)	5	PA; NDS
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5	PA; NDS; QL (15 per 30 days)
<i>caffeine citrate intravenous solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i> (Cafcit)	2	PA BvD; GC
<i>caffeine citrate oral solution 60 mg/3 ml (20 mg/ml)</i>	2	GC
<i>clonidine hcl oral tablet extended release 12 hr 0.1 mg</i>	2	GC
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Focalin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 10 mg</i> (Dexedrine Spansule)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral capsule, extended release 15 mg, 5 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg, 5 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i> (Zenzedi)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i> (Adderall XR)	2	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i> 20 mg, 25 mg, 30 mg (Adderall XR)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet</i> 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg (Adderall)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 120 mg (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 120 mg (14)- 240 mg (46) (Tecfidera)	5	PA; NDS
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec)</i> 240 mg (Tecfidera)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	5	PA; NDS
<i>fingolimod oral capsule</i> 0.5 mg (Gilenya)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution</i> 0.1 mg/ml	2	GC
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml (Copaxone)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 20 mg/ml (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe</i> 40 mg/ml (glatiramer)	5	PA; NDS; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i> 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg (Intuniv ER)	2	GC
INGREZZA INITIATION PACK ORAL CAPSULE, DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5	PA; NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (1.2 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	2	GC
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	2	GC
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	2	GC
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	4	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	5	PA; NDS
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i> (methylphenidate hcl)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 10 mg, 20 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule, er biphasic 30-70 30 mg</i> (Metadate CD)	2	GC; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 30 mg</i> (Ritalin LA)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral capsule,er biphasic 50-50 60 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml</i> (Methylin)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 20 mg</i> (Metadate ER)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg (bx rating), 27 mg (bx rating), 54 mg (bx rating)</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 27 mg, 54 mg</i> (Concerta)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg</i> (Concerta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 36 mg (bx rating)</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (20 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100 ML	5	PA; NDS; QL (2800 per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	2	GC; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	
TASCENSO ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 0.25 MG, 0.5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg</i> (Aubagio)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio		
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros		
<i>acetylcysteine intravenous solution 200 mg/ml (20 %)</i> (Acetadote)	2	GC
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	2	PA BvD; GC
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	5	NDS; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; GC
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5	PA; NDS; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; LA; NDS; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; NDS; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL PRICE/ONE MG,SUV	5	PA BvD; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN 1,000 MG	5	PA BvD; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	2	GC; QL (30 per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5	PA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
Antiinflamatorios, Corticoesteroides		
Inhalados		
ADVAIR HFA INHALATION HFA (fluticasone propion- AEROSOL INHALER 115-21 salmeterol) MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION (fluticasone furoate- BLISTER WITH DEVICE 100-25 vilanterol) MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
<i>breyina inhalation hfa aerosol inhaler</i> (budesonide-formoterol) <i>160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; GC; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for</i> (Pulmicort) <i>nebulization 1 mg/2 ml</i>	2	PA BvD; GC; QL (60 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa</i> (Breyna) <i>aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa</i> <i>aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>	2	GC; QL (21.2 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 per 30 days)
<i>elixophyllin oral elixir 80 mg/15 ml</i> (theophylline)	2	GC
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	2	PA BvD; GC; QL (312.5 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml</i>	2	PA BvD; GC; QL (540 per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDR BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACTUATION	4	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
SPIRIVA WITH HANDIHALER (tiotropium bromide) INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 18 MCG	2	GC; QL (30 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	3	QL (4 per 28 days)
<i>terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>terbutaline subcutaneous solution 1 mg/ml</i>	5	NDS
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	2	GC
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg</i>	2	GC
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200- 62.5-25 MCG	3	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales		
Agentes Dentales Y Orales		
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i> (Evoxac)	2	GC
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (Paroex Oral Rinse)	1	GC
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i> (PreviDent)	1	GC
KOURZEQ DENTAL PASTE 0.1 % (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>oralone dental paste 0.1 %</i> (triamcinolone acetonide)	2	GC
<i>paroex oral rinse mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i> (chlorhexidine gluconate)	1	GC
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Salagen (pilocarpine))	2	GC
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i> (fluoride (sodium))	1	GC
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i> (Denta 5000 Plus Sensitive)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i> (Kourzeq)	2	GC
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>ala-scalp topical lotion 2 %</i>	2	GC
<i>alclometasone topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>alclometasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diflorasone topical ointment 0.05 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	3	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	2	GC
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	2	GC
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %</i> (Fluocinonide-E)	2	GC
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>fluticasone propionate topical ointment 0.005 %</i>	2	GC
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	2	GC
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	1	GC
<i>hydrocortisone butyrate topical cream 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical lotion 0.1 %</i> (Locoid)	2	GC; QL (236 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate topical solution 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	1	GC
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Proctosol HC)	1	GC
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	1	GC
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydrocortisone valerate topical ointment 0.2 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-min oil-wht pet topical ointment 1 %</i>	1	GC
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	2	GC
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	2	GC
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>prednicarbate topical ointment 0.1 %</i>	2	GC
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	2	GC
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %</i>	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1 %, 0.5 %</i> (Triderm)	1	GC
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	2	GC
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	2	GC
Agentes Dermatológicos, Otros		
<i>accutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	2	GC
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir topical cream 5 %</i> (Zovirax)	2	GC; QL (5 per 4 days)
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (Alcohol Pads)	1	GC
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	2	GC
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (Skin Treatment)	2	GC
BD ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD (alcohol swabs)	1	GC
CURITY ALCOHOL SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	1	GC
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD (alcohol swabs)	1	GC
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
<i>fluorouracil topical cream 0.5 %</i> (Carac)	5	NDS
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	2	GC
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	2	GC
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS (alcohol swabs)	1	GC
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	2	GC; QL (24 per 30 days)
IV PREP WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED (alcohol swabs)	1	GC
KLISYRI TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	3	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule, liq-filled, rapid rel 10 mg</i>	5	NDS
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5	NDS; QL (180 per 30 days)
<i>penciclovir topical cream 1 %</i> (Denavir)	2	GC
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
PURE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 per 30 days)
SURE COMFORT ALCOHOL (alcohol swabs) PREP PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	1	GC
SURE-PREP ALCOHOL PREP (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% (alcohol swabs) PADS	1	GC
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL (alcohol swabs) PADS	1	GC
ULTILET ALCOHOL STERL (alcohol swabs) SWAB	1	GC
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5	PA NSO; NDS
WEBCOL ALCOHOL PREPS (alcohol swabs) 20'S,LARGE	1	GC
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg (isotretinoin)	2	GC
Antibacterianos Dermatológicos		
<i>clindamycin phosphate topical foam 1 %</i> (Clindacin)	2	GC; QL (100 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	2	GC
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (Neuac)	2	GC
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	2	GC
<i>ery pads topical swab 2 %</i> (erythromycin with ethanol)	2	GC
<i>erythromycin with ethanol topical gel 2 %</i> (Erygel)	2	GC; QL (180 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>erythromycin-benzoyl peroxide topical gel 3-5 %</i> (Benzamycin)	2	GC
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	2	GC
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	2	GC
<i>metronidazole topical lotion 0.75 %</i> (MetroLotion)	2	GC
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	1	GC; QL (220 per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution 40 mg-200,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	2	GC
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	2	GC
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	2	GC
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %</i> (Klaron)	2	GC
Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	2	GC
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	2	GC; QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos		
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	2	GC
<i>adapalene topical gel 0.1 %</i> (Differin)	2	GC
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	4	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	2	GC
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05 %	4	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.01 %</i> (Retin-A)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.025 %</i> (Avita)	2	PA; GC
<i>tretinoin topical gel 0.05 %</i> (Atralin)	2	PA; GC
Agentes Gastrointestinales		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos		
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	2	GC
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i> (Acid Reducer (cimetidine))	2	GC
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Nexium)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	2	ST; GC; QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 20 mg</i>	2	GC
<i>esomeprazole sodium intravenous recon soln 40 mg</i> (Nexium IV)	2	GC
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml</i>	1	GC
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>famotidine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	GC
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	1	GC
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	1	GC
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	2	GC
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1	GC
<i>omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram</i> (Zegerid)	2	ST; GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole intravenous recon soln 40 mg</i> (Protonix)	2	GC
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	2	GC
Agentes Gastrointestinales, Otros		
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	5	PA; NDS
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	2	GC
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	2	GC
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5	PA; NDS
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	2	GC
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	2	GC
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	2	GC
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM	3	QL (34 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	2	GC
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	3	QL (60 per 30 days)
<i>methscopolamine oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	1	GC
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 per 30 days)
OALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GRAM/ML	5	PA; NDS
RELISTOR ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 12 MG/0.6 ML	5	PA; NDS; QL (16.8 per 28 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SYRINGE 8 MG/0.4 ML	5	PA; NDS; QL (11.2 per 28 days)
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i> (Buphenyl)	5	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	2	GC
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	2	GC
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i> (URSO 250)	2	GC
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i> (URSO Forte)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	3	QL (30 per 30 days)
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato		
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg</i>	2	GC
<i>calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg</i>	2	GC
<i>lanthanum oral tablet,chewable</i> (Fosrenol) 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	5	NDS
PHOSLYRA ORAL SOLUTION 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML	4	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i> (Renvela)	2	GC
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
VELPHORO ORAL TABLET,CHEWABLE 500 MG	3	
Laxantes		
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	3	
<i>gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	GC
<i>gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i> (peg 3350-electrolytes)	2	GC
<i>peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram</i>	2	GC
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram</i> (Suprep Bowel Prep Kit)	3	
<i>sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)</i>	3	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188- 0.225 GRAM	3	
Agentes Genitourinarios		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios, Varios		
<i>alfuzosin oral tablet extended release</i> (Uroxatral) 24 hr 10 mg	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	2	GC
<i>dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg</i> (Jalyn)	2	GC
ENTADFI ORAL CAPSULE 5-5 MG	4	PA; QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	1	GC
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	1	GC
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>tiopronin oral tablet 100 mg</i> (Thiola)	5	NDS
Antiespasmódicos, Urinario		
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	2	GC
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	2	GC
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i> (Detrol LA)	2	GC
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i> (Detrol)	2	GC
<i>tropium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	2	GC
<i>tropium oral tablet 20 mg</i>	2	GC
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador		
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> (Euthyrox)	1	GC
<i>levothyroxine oral tablet 300 mcg</i> (Levo-T)	1	GC
<i>liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i> (Cytomel)	2	GC
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	2	GC
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i> (Oxandrin)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> (Depo-Testosterone)	2	PA; GC
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)</i>	2	PA; GC
<i>testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml</i>	2	PA; GC; QL (5 per 28 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)</i> (Vogelxo)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)</i> (AndroGel)	2	PA; GC; QL (150 per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)</i> (AndroGel)	2	PA; GC; QL (300 per 30 days)
<i>testosterone transdermal solution in metered pump w/app 30 mg/actuation (1.5 ml)</i>	2	PA; GC; QL (180 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos		
<i>amabelz oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	3	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Estrace)	1	GC
<i>estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Dotti)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	2	GC; QL (4 per 28 days)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	2	GC
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	2	GC; QL (18 per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> (Delestrogen)	2	GC
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i> (Amabelz)	2	GC
FEMRING VAGINAL RING 0.05 MG/24 HR, 0.1 MG/24 HR	4	QL (1 per 84 days)
<i>fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg</i> (norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (estradiol)	2	GC; QL (8 per 28 days)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	2	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i> (Fyavolv)	2	GC
PREMARIN INJECTION RECON SOLN 25 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	3	
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	3	
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	2	GC
<i>yuvafem vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	2	GC; QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides		
<i>betamethasone acet,sod phos injection suspension 6 mg/ml</i> (Celestone Soluspan)	2	GC
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	2	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection syringe 10 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml</i>	2	GC
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	2	GC
HEMADY ORAL TABLET 20 MG	4	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	2	GC
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg</i> (Solu-Medrol)	1	GC
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	2	PA BvD; GC
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	1	PA BvD; GC
<i>prednisone oral tablets, dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	2	GC
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	2	GC
Pituitario		
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	5	PA; NDS; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	GC
<i>desmopressin ac 4 mcg/ml ampul p/f, outer, sdv</i> (DDAVP)	5	NDS
<i>desmopressin injection solution 4 mcg/ml</i> (DDAVP)	2	GC
<i>desmopressin nasal spray, non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	2	GC
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	2	GC
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	NDS
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5	PA NSO; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	5	PA; NDS
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution</i> <i>1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	2	GC
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	2	GC
<i>octreotide acetate injection solution</i> (Sandostatin) <i>500 mcg/ml</i>	5	NDS
<i>octreotide acetate injection syringe</i> <i>100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml),</i> <i>500 mcg/ml (1 ml)</i>	2	GC
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5	PA NSO; NDS
ORLISSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
ORLISSA ORAL TABLET 200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	5	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT (lanreotide) SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/0.5 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.5 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.2 per 28 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 ML	5	PA NSO; NDS; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; NDS
SUPPRELIN LA IMPLANT KIT 50 MG (65 MCG/DAY)	5	PA; NDS
SYNAREL NASAL SPRAY, NON- AEROSOL 2 MG/ML	5	PA; NDS
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 22.5 MG	5	PA; NDS
Progestinas		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	4	QL (1 per 84 days)
<i>hydroxyprogesterone cap(ppres) intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NDS
<i>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil 250 mg/ml</i>	5	NDS
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	2	GC; QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	1	GC
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	2	GC
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	2	GC
<i>progesterone intramuscular oil 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Inmunológicos		
Agentes Inmunológicos		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	5	PA; NDS
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5	NDS
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 0.5 MG, 1 MG, 5 MG	4	PA BvD
AVSOLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	2	PA BvD; GC
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	2	PA BvD; GC
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5	PA; NDS; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5	PA NSO; NDS; QL (2 per 28 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5	PA BvD; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5	PA BvD; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD; GC
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	2	PA BvD; GC
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC- HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	5	PA; NDS
HYQVIA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 GRAM /100 ML (10 %), 2.5 GRAM /25 ML (10 %), 20 GRAM /200 ML (10 %), 30 GRAM /300 ML (10 %), 5 GRAM /50 ML (10 %)	5	PA BvD; NDS
ILARIS (PF) SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML	5	PA; NDS
ILUMYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML	5	PA; NDS
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5	PA; NDS
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	2	GC
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	5	PA BvD; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	2	PA BvD; GC
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	2	PA BvD; GC
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA BvD; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5	PA BvD; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OLUMIANT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG	5	PA; NDS
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5	PA; NDS
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	5	PA; NDS
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	5	PA; 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)	5	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5	PA BvD; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	4	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	PA BvD; ST
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	3	
RENFLEXIS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA; NDS
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5	PA NSO; NDS
RIDAURA ORAL CAPSULE 3 MG	5	NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i> (Rapamune)	5	PA BvD; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i> (Rapamune)	2	PA BvD; GC
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	5	PA; NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	2	PA BvD; GC
TALTZ AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	5	PA; NDS
TALTZ SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 80 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; NDS
TYSABRI INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/15 ML	5	PA; LA; NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5	PA; NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5	PA; NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	5	PA; NDS
Vacunas		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ABRYSVO INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	3	
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	3	
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	3	
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	3	
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5- 8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG- LF/0.5ML	3	
DENGVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	3	QL (3 per 365 days)
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	3	PA BvD

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	3	PA BvD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	3	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	3	PA BvD
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25- 58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	3	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	3	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	3	
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	3	
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	3	
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	3	
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	3	
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	3	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	3	
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF- 48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML	3	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	3	PA BvD
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	3	
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML, 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML (58 UNT/ML)	3	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	3	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	3	PA BvD
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	3	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	3	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	3	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR (tetanus-diphtheria SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML toxoids-td)	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	3	
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	3	QL (0.75 per 365 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	3	QL (1.5 per 365 days)
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	3	
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	(typhoid vi polysacch vaccine)	3
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	3	
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	3	QL (2 per 365 days)
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	3	
Agentes Oftálmicos		
Agentes Antiglaucoma		
<i>acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg</i>	2	GC
AZOPT OPHTHALMIC (EYE) (brinzolamide) DROPS,SUSPENSION 1 %	2	GC
<i>betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, 0.15 %</i> (Alphagan P)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops</i> 0.2 %	2	GC
<i>brimonidine-timolol ophthalmic (eye) drops</i> (Combigan) 0.2-0.5 %	2	GC
<i>carteolol ophthalmic (eye) drops</i> 1 %	2	GC
<i>dorzolamide ophthalmic (eye) drops</i> 2 %	2	GC
<i>dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops</i> (Cosopt) 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
<i>latanoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Xalatan) 0.005 %	1	GC; QL (2.5 per 25 days)
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 %	1	GC
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	2	GC
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops</i> 1 %, 2 %, 4 %	2	GC
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	3	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette</i> (Zioptan (PF)) 0.0015 %	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i> 0.25 %, 0.5 %	1	GC
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i> 0.25 %, 0.5 %	2	GC
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops</i> (Travatan Z) 0.004 %	2	GC; QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta		
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>acetic acid otic (ear) solution</i> 2 %	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	2	GC
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	GC; QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	2	GC; QL (3.5 per 4 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)</i>	2	GC
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %</i>	2	GC
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i>	2	GC
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Vigamox)	2	GC
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i> (Neo-Polycin HC)	2	GC
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i> (Neo-Polycin)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %</i> (Maxitrol)	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%</i>	2	GC
<i>neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%</i>	(neomycin-bacitracin-poly-hc) 2	GC
<i>neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g</i>	(neomycin-bacitracin-polymyxin) 2	GC
<i>ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	(Ocuflox) 2	GC
<i>ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i>	(bacitracin-polymyxin b) 2	GC
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	2	GC
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	2	GC
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	2	GC
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	2	GC
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	2	GC
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	2	GC
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4	
ZYLET OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	3	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta		
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i>	(Prolensa) 3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> (BromSite) 0.075 %	3	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops</i> 0.09 %	2	GC
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	GC
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.1 %	2	GC
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops</i> (Durezol) 0.05 %	2	GC
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	3	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol</i> 25 mcg (0.025 %)	2	GC; QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops</i> 0.01 % (DermOtic Oil)	2	GC
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.1 % (FML Liquifilm)	4	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops</i> 0.03 %	2	GC
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension</i> 50 mcg/actuation (24 Hour Allergy Relief)	1	GC; QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	3	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	3	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops</i> 0.5 % (Acular)	2	GC; QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	3	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	3	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel</i> 0.5 % (Lotemax)	2	GC; QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.2 % (Alrex)	3	ST; QL (10 per 25 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension</i> 0.5 % (Lotemax)	2	GC; QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol</i> 50 mcg/actuation (Nasonex 24hr Allergy)	2	GC; QL (34 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levofloxacin ophthalmic (eye) drops</i> 1.5 %	2	GC
<i>olopatadine nasal spray, non-aerosol</i> (Patanase) 0.6 %	2	GC; QL (30.5 per 30 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf) 0.1 %	2	GC
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops</i> (Eye Allergy Itch Relief) 0.2 %	2	GC
<i>proparacaine ophthalmic (eye) drops</i> (Alcaine) 0.5 %	2	GC
TEPEZZA INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	PA; NDS
Agentes Terapeúticos		
Misceláneos		
Agentes Terapeúticos Misceláneos		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	5	PA; NDS
<i>bupirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5	PA; NDS
<i>dexrazoxane hcl intravenous recon soln 250 mg, 500 mg</i>	5	NDS
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	2	GC
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	QL (90 per 30 days)
ENDARI ORAL POWDER IN PACKET 5 GRAM	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
EVRYSDI ORAL RECON SOLN 0.75 MG/ML	5	PA; NDS
EXONDYS-51 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>fomepizole intravenous solution 1 gram/ml</i>	5	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 (nitroglycerin) % (W/W)	4	QL (30 per 30 days)
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 80 MG/0.5 ML (160 MG/ML)	5	PA; NDS
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SYRINGE 128 MG/0.8 ML, 160 MG/ML	5	PA; NDS
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; NDS; QL (2 per 28 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML (150 MG/ML)	5	PA; NDS; QL (4 per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5	PA NSO; NDS; QL (56 per 28 days)
TOTECT INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	5	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	4	QL (30 per 30 days)
VISTOGARD ORAL GRANULES IN PACKET 10 GRAM	5	NDS; QL (24 per 14 days)
VOWST ORAL CAPSULE	5	PA; NDS; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	3	
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS
ZYMFENTRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 120 MG/ML	5	PA; NDS
Agentes Vasodilatadores		
Agentes Vasodilatadores		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Letairis)	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	5	PA; LA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>epoprostenol intravenous recon soln 0.5 mg, 1.5 mg</i> (Veletri)	5	PA; NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) intravenous solution 10 mg/12.5 ml</i> (Revatio)	5	PA; NDS; QL (37.5 per 1 day)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	1	PA; GC; QL (360 per 30 days)
<i>sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Viagra)	6	EX; CB (6 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Alyq)	2	PA; GC; QL (60 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
TRACLEER ORAL TABLET FOR SUSPENSION 32 MG	5	PA; NDS; QL (112 per 28 days)
<i>treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml</i> (Remodulin)	5	PA; NDS
TYVASO INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML)	5	PA; NDS
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	5	PA; NDS

Analgésicos

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	2	GC; QL (150 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	1	GC; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Aleve (diclofenac))	2	GC; QL (1000 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 3 %</i>	2	PA; GC; QL (100 per 28 days)
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i> (Pennsaid)	5	PA; NDS; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 50-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 50)	2	GC
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet, ir, delayed rel, biphasic 75-200 mg-mcg</i> (Arthrotec 75)	2	GC
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>ec-naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg</i> (naproxen)	2	GC
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i> (Lodine)	2	GC
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>fenoprofen oral tablet 600 mg</i> (Nalfon)	2	GC
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ibu oral tablet 400 mg</i> (ibuprofen)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (ibuprofen)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml</i> (Children's Advil)	2	GC
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i> (IBU)	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (IBU)	1	GC
<i>ibuprofen-famotidine oral tablet 800-26.6 mg</i> (Duexis)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1	GC; QL (240 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1	GC; QL (120 per 30 days)
<i>indomethacin oral capsule, extended release 75 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>ketoprofen oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 200 mg</i>	2	GC
<i>ketorolac injection solution 15 mg/ml</i>	2	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection solution 30 mg/ml, 30 mg/ml (1 ml)</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 15 mg/ml</i>	2	GC; QL (40 per 30 days)
<i>ketorolac injection syringe 30 mg/ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular solution 60 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac intramuscular syringe 60 mg/2 ml</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>	2	GC; QL (20 per 30 days)
<i>mefenamic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	1	GC
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1	GC
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i> (Naprosyn)	1	GC
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec) 375 mg</i> (EC-Naprosyn)	2	GC
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i> (Feldene)	2	GC
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	2	GC
<i>tolmetin oral capsule 400 mg</i>	2	GC
<i>tolmetin oral tablet 600 mg</i>	2	GC
Analgésicos, Varios		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution</i> 120-12 mg/5 ml	2	GC; NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-15 mg, 300-30 mg	2	GC; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet</i> 300-60 mg	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>ascomp with codeine oral capsule</i> 30-50-325-40 mg (codeine-butalbital-asa-caff)	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i> 0.3 mg/ml	2	GC
<i>buprenorphine hcl injection syringe</i> 0.3 mg/ml	2	GC
<i>buprenorphine transdermal patch</i> weekly 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour (Butrans)	2	GC; NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule</i> 50-300-40-30 mg (Fioricet with Codeine)	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminop-caff-cod oral capsule</i> 50-325-40-30 mg	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet</i> 50-325 mg (Tencon)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule</i> 50-325-40 mg (Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet</i> 50-325-40 mg (Esgic)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i> 50-325-40 mg	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral tablet</i> 50-325-40 mg	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol nasal spray, non-aerosol</i> 10 mg/ml	2	GC; NDS; QL (5 per 28 days)
<i>codeine sulfate oral tablet</i> 30 mg, 60 mg	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>codeine-butalbital-asa-caff oral capsule</i> 30-50-325-40 mg (Ascomp with Codeine)	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 10-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 2.5-325 mg, 5-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet</i> 7.5-325 mg (oxycodone-acetaminophen)	2	GC; NDS; QL (240 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	2	PA; GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	2	GC; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	2	GC; NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg</i>	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg</i>	2	GC; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg</i>	2	GC; NDS; QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone (pf) injection solution 10 (mg/ml) (5 ml), 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>hydromorphone oral liquid 1 mg/ml (Dilaudid)</i>	2	GC; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg (Dilaudid)</i>	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone injection solution 10 mg/ml</i>	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; NDS; QL (600 per 30 days)
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC; NDS; QL (1200 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	GC; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadose oral tablet, soluble 40 mg (methadone)</i>	2	GC; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>	2	PA; GC; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC; NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC; NDS; QL (300 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr 40 mg</i>	5	NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tencon oral tablet 50-325 mg</i> (butalbital-acetaminophen)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	1	GC; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	2	GC; NDS; QL (300 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 13.5 MG, 18 MG, 9 MG	3	NDS; QL (60 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 27 MG	3	NDS; QL (120 per 30 days)
XTAMPZA ER ORAL CAP,SPRINKL,ER12HR(DONT CRUSH) 36 MG	5	NDS; QL (240 per 30 days)
<i>zebutal oral capsule 50-325-40 mg</i> (butalbital-acetaminophen-caff)	2	GC; QL (180 per 30 days)

Anestésicos

Anestesia Local

<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine-MPF)	1	GC
<i>lidocaine (pf) injection solution 40 mg/ml (4 %)</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl 2% 40 mg/2 ml ampule outer,p/f,sdv 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine-MPF)	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %)</i> (Xylocaine)	2	GC
<i>lidocaine hcl injection solution 5 mg/ml (0.5 %)</i> (Xylocaine)	1	GC
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i> (Glydo)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)</i>	2	PA; GC
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i> (DermacinRx Lidocan)	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>	2	PA; GC; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i> (lidocaine hcl)	2	GC
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>	2	PA; GC; QL (30 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH, MEDICATED 1.8 %	3	PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i> (Jadenu Sprinkle)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i> (Jadenu)	5	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i> (Jadenu)	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg</i> (Exjade)	2	PA; GC
<i>deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg</i> (Exjade)	5	PA; NDS
<i>deferiprone oral tablet 1,000 mg, 500 mg</i> (Ferriprox)	5	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 2 gram</i>	5	PA; NDS
<i>deferoxamine injection recon soln 500 mg</i> (Desferal)	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 TIMES A DAY) ORAL TABLET, MODIFIED RELEASE 1,000 MG	5	PA; NDS
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA; NDS
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i> (Depen Titratabs)	5	PA; NDS
<i>trientine oral capsule 250 mg</i> (Syprine)	5	PA; NDS; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i> (Cleocin)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i> (Vandazole) <i>(37.5mg/5 gram)</i>	2	GC
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	2	GC
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	2	GC
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	2	GC
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	2	GC
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	5	NDS
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	5	NDS; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin inhalation solution for nebulization 300 mg/4 ml</i> (Bethkis)	5	PA BvD; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>	2	GC
Antibacteriales, Misceláneos		
<i>bacitracin intramuscular recon soln 50,000 unit</i>	2	GC
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	1	GC
<i>clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml</i>	2	GC
<i>clindamycin pediatric oral recon soln 75 mg/5 ml</i> (clindamycin palmitate hcl)	2	GC
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	2	GC
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	2	GC
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Cubicin RF)	5	NDS
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	2	GC
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	5	NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	2	GC
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i> (Hiprex)	2	GC
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	2	GC
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Macrochantin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>polymyxin b sulfate injection recon soln 500,000 unit</i>	2	GC
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	1	GC
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	2	GC; QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	2	GC; QL (112 per 14 days)
<i>vancomycin oral recon soln 25 mg/ml</i> (Firvanq)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	3	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos		
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5	PA; LA; NDS
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	2	GC
<i>imipenem-cilastatin intravenous</i> (Primaxin IV) <i>recon soln 500 mg</i>	2	GC
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	2	GC
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefadroxil oral tablet 1 gram</i>	2	GC
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 2 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefazolin intravenous recon soln 3 gram</i>	4	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	2	GC
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	2	GC
<i>cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>cefepodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefepodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	2	GC
<i>cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	2	GC
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	2	GC
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	2	GC
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>cephalexin oral capsule 750 mg</i>	2	GC
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cephalexin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5	NDS
Macrólidos		
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	2	GC
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack)</i>	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	1	GC
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	2	GC
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 40 MG/ML	5	NDS; QL (136 per 10 days)
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5	NDS; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	2	GC
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	2	GC
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 875-125 mg</i>	1	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg</i> (Augmentin XR)	2	GC
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	2	GC
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>nafcillin 1 gm/ 50 ml inj 1 gram/50 ml</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 1 gram</i>	2	GC
<i>nafcillin injection recon soln 10 gram, 2 gram</i>	2	GC
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i> (Pfizerpen-G)	2	GC
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit</i> (penicillin g potassium)	2	GC
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	2	GC
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	GC
<i>ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> (Cipro)	2	GC
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	2	GC
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	GC
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	2	GC
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	2	GC
<i>moxifloxacin-sod. chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i> (Avelox in NaCl (iso-osmotic))	2	GC
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i> (Sulfatrim)	2	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i> (Bactrim)	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i> (Bactrim DS)	1	GC
Tetraciclinas		

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i> (doxycycline hyclate)	2	GC
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i> (Doxy-100)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i> (Morgidox)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i> (LymePak)	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>doxycycline hyclate oral tablet, delayed release (dr/ec) 200 mg</i> (Doryx)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i> (Mondoxyne NL)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i> (Monodox)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i> (Avidoxy)	2	GC
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>mondoxyne nl oral capsule 100 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	GC
<i>mondoxyne nl oral capsule 75 mg</i> (doxycycline monohydrate)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i> (Tygacil)	5	NDS

Anticonceptivos

Anticonceptivos

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>caziant (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg</i>		2	GC
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	2	GC
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Enskyce)	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg</i>	(Jasmiel (28))	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>	(Syeda)	2	GC
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
ELLA ORAL TABLET 30 MG		4	QL (6 per 365 days)
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC; QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>kalliga oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kelnor 1-50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	2	GC
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(LoJaimiess)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(Amethia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	2	GC
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	2	GC
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	2	GC
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lojaimiess oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lo-zumandimine (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>lutera (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>merzee oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>mili oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(Xulane)	2	GC; QL (3 per 28 days)
<i>norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg</i>	(Camila)	1	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(Aurovela 1.5/30 (21))	2	GC
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(Aurovela 1/20 (21))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral capsule 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(Merzee)	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1-20 (28))	1	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(Aurovela Fe 1.5/30 (28))	2	GC
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(Tri-Legest Fe)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(Tri-Lo-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(Tri-Estarylla)	2	GC
<i>norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(Mili)	2	GC
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg</i>		2	GC
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)</i>		2	GC
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		2	GC
<i>nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pimtree (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>		2	GC
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	2	GC
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	1	GC
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	2	GC
<i>simpesse oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	(1 norgest/e.estradiol-e.estrad)	2	GC; QL (91 per 84 days)
SLYND ORAL TABLET 4 MG (28)		4	
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	2	GC
<i>syeda oral tablet 3-0.03 mg</i>	(drospirenone-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	1	GC
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	2	GC
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	2	GC
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	2	GC
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	2	GC
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	2	GC
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	2	GC
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	4	ST; QL (480 per 30 days)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	2	GC
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	2	GC
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	2	GC
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5	PA NSO; NDS
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	2	GC
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5	ST; NDS; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	5	ST; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i> (Neurontin)	1	GC; QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i> (Neurontin)	2	GC; QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (180 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i> (Neurontin)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i> (Vimpat)	2	GC; QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i> (Vimpat)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (Subvenite)	1	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg (21) - 50 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Blue))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7)</i> (Lamictal ODT Starter (Orange))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet disintegrating, dose pk 50 mg (42) - 100 mg (14)</i> (Lamictal ODT Starter (Green))	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i> (Lamictal XR)	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i> (Lamictal)	2	GC
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Lamictal ODT)	2	GC
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i> (Keppra)	2	GC
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i> (Keppra XR)	2	GC
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i> (Celontin)	2	GC
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i> (Trileptal)	2	GC
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i> (Trileptal)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	2	GC
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	2	GC
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	2	GC
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	2	GC
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	2	GC
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	5	NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	2	GC
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	5	NDS
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5	PA BvD; NDS
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG, 500 MG, 750 MG	4	ST; QL (120 per 30 days)
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	1	GC
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	5	PA NSO; NDS; QL (60 per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	4	PA NSO; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	GC
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	2	GC
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	1	GC
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	2	GC
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	2	GC
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2)	5	NDS
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	5	PA NSO; NDS; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	ST; QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	ST; QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	ST
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	4	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	1	GC
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	4	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	4	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	1	GC
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	2	GC
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>	2	GC
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	2	GC
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i> (Remeron SolTab) <i>15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	2	GC
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	2	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	1	GC
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	2	GC
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	2	GC
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	2	GC
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	2	GC
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	1	GC
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG	4	PA NSO
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	5	PA NSO; NDS
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	2	GC
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	GC
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine besylate oral tablet extended release 24hr 112.5 mg</i>	4	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	1	GC; QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 150 mg, 225 mg, 37.5 mg</i>	2	GC; QL (30 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>venlafaxine oral tablet extended release 24hr 75 mg</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	2	GC; QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5	PA NSO; NDS; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5	PA NSO; NDS; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos		
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	5	PA BvD; NDS
<i>casposfungin intravenous recon soln 50 mg</i> (Cancidas)	2	GC
<i>casposfungin intravenous recon soln 70 mg</i> (Cancidas)	5	NDS
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical gel 0.77 %</i>	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>ciclopirox topical shampoo 1 %</i>	2	GC
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	2	GC; QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	2	GC
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	2	GC
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i>	2	GC
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %</i>	2	GC; QL (90 per 30 days)
<i>econazole topical cream 1 %</i>	2	GC; QL (170 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	2	GC
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Diflucan)	2	GC
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	5	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	2	GC
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	2	GC
<i>itraconazole oral solution 10 mg/ml</i> (Sporanox)	5	PA; NDS
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	2	GC; QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical foam 2 %</i> (Extina)	2	ST; GC; QL (100 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	2	GC; QL (360 per 30 days)
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	2	GC
NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/16.7 ML (posaconazole)	5	NDS
NOXAFIL ORAL SUSP, DELAYED RELEASE FOR RECON 300 MG	5	PA; NDS
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	2	GC; QL (900 per 30 days)
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	2	GC
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	2	GC
<i>nystatin-triamcinolone topical ointment 100,000-0.1 unit/gram-%</i>	2	GC
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution 300 mg/16.7 ml</i> (Noxafil)	5	NDS
<i>posaconazole oral suspension 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	5	PA; NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	1	GC
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	5	PA BvD; NDS
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	5	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i> (Vfend)	2	GC
Antihistamínicos		
Antihistamínicos		
<i>carbinoxamine maleate oral liquid 4 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	2	GC
<i>clemastine oral tablet 2.68 mg</i>	2	GC
<i>cyproheptadine oral syrup 2 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>cyproheptadine oral tablet 4 mg</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	2	GC
<i>diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml</i>	1	GC
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5 ml</i> (Diphen)	2	GC
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>hydroxyzine hcl oral solution 10 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	GC
<i>levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml</i> (Xyzal)	2	GC
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	1	GC
<i>promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml</i>	2	GC
Antimicrobianos		
Antimicrobianos		
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 100 mg</i>	2	GC
<i>ethambutol oral tablet 400 mg</i> (Myambutol)	2	GC
<i>isoniazid oral solution 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	1	GC
PRETOMANID ORAL TABLET 200 MG	4	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i> (Mycobutin)	2	GC
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	2	GC
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	2	GC
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5	PA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
Antivirales (Sistémico)		
Antirretrovirales		
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	2	GC
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	2	GC
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	2	GC
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	5	NDS; QL (24 per 365 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5	NDS
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	2	GC
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	2	GC
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	5	NDS
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	5	NDS; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension, extended release 600 mg/3 ml (200 mg/ml)</i> (Apretude)	5	NDS; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5	NDS
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	5	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5	NDS
<i>didanosine oral capsule, delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	2	GC
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5	NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	2	GC
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i> (Atripla)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	5	NDS
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	2	GC; QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	2	GC; QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	5	NDS
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	2	GC
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 400 mg</i>	2	GC
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	4	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5	NDS
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5	NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	NDS
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	4	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5	NDS
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	5	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	2	GC
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5	NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	3	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	5	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	2	GC
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5	NDS
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	5	PA BvD; NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	2	GC
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5	NDS; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	5	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5	NDS
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5	ST; NDS; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	4	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	2	GC
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	2	GC
Antivirales Hcv		
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 (sofosbuvir-velpatasvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 (ledipasvir-sofosbuvir) MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	5	PA; NDS; QL (84 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SYRINGE 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	4	PA
<i>foscarnet intravenous solution 24 mg/ml</i> (Foscavir)	2	PA BvD; GC
<i>oseltamivir oral capsule 30 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 45 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (48 per 180 days)
<i>oseltamivir oral capsule 75 mg</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (42 per 180 days)
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml</i> (Tamiflu)	2	GC; QL (540 per 180 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PAXLOVID ORAL TABLETS, DOSE PACK 150-100 MG, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	\$0 copay; QL (30 per 5 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12 ML	5	PA; NDS; QL (336 per 28 days)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 480 MG/24 ML	5	PA; NDS; QL (672 per 28 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5	PA; NDS; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine oral tablet 100 mg</i> (Flumadine)	2	GC
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML	5	PA; NDS
XOFLUZA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	4	QL (4 per 180 days)
XOFLUZA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (2 per 180 days)
Interferones		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5	PA; NDS
Nucleósidos Y Nucleótidos		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	2	GC
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	2	GC
<i>acyclovir sodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg</i>	2	PA BvD; GC
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	2	GC
<i>cidofovir intravenous solution 75 mg/ml</i>	5	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	2	GC
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	2	GC
<i>ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg</i>	5	PA BvD; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ganciclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	5	PA BvD; NDS
<i>lagevrio (eua) oral capsule 200 mg</i>	4	QL (40 per 5 days)
<i>ribavirin inhalation recon soln 6 gram</i> (Virazole)	5	PA BvD; NDS
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	2	GC
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	2	GC
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	2	GC
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	2	GC
VEKLURY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG (remdesivir)	5	PA BvD; NDS
Dispositivos		
Dispositivos		
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
1ST TIER UNIFINE PNTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30G X 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
ABOUTTIME PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	GC
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	2	GC
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	2	GC
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD INS SYRINGE 1/2 ML 6MMX31G (ONLY FOR 500 UNIT/ML INSULIN) 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD INSULIN SYRINGE 1 ML W/O NEEDLE	2	GC
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	2	GC
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
CAREONE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT, HRI 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (Advocate Syringes)	2	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	2	GC
CARETOUCH PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
CARETOUCH SYR 0.3 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
CARETOUCH SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
CARETOUCH SYR 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
CLICKFINE 31G X 5/16" (pen needle, diabetic) NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
CLICKFINE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X (pen needle, diabetic) 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 1/2"	2	GC
COMFORT EZ INS 0.3 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
COMFORT EZ INS 1 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 (insulin syringe-needle ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE,MINI,HRI 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic, safety)	2	GC
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic, safety)	2	GC
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL (pen needle, diabetic) 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	2	GC
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2" (gauze bandage)	1	GC
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)-200/BAG 2 X 2 "	1	GC
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 " (gauze bandage)	1	GC
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "	1	GC
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "	1	GC
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EXEL INSULIN SYRINGE 27G-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FIFTY50 INS 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	2	GC
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	2	GC
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	1	GC
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		2	GC
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	3	

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento		Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	2	GC
NOVOFINE 30 NEEDLE		2	GC
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	2	GC
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"	2	GC
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)
OMNIPOD GO PODS SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	QL (10 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16" (Embrace Pen Needle)	2	GC
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16" (CareFine Pen Needle)	2	GC
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" (1st Tier Unifine Pentips Plus)	2	GC
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4" (1st Tier Unifine Pentips)	2	GC
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
PENTIPS PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G (pen needle, diabetic) 8MM 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G (Comfort Touch Pen 4MM 31 GAUGE X 5/32" Needle)	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	2	GC
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.3 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 0.5 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	2	GC
RELION INS SYR 1 ML (BD Veo Insulin Syringe 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X UF) 15/64"	2	GC
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR (Ultilet Insulin Syringe) 1/2 ML 29	2	GC
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	2	GC
RELION MINI PEN 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) NDL 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
RELION NEEDLES NEEDLE 31 (pen needle, diabetic) GAUGE X 1/4"	2	GC
RELION PEN NEEDLES NEEDLE (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
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"	2	GC
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	2	GC
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TECHLITE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TERUMO INS SYR 0.3 ML (Comfort EZ Insulin Syringe) 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (insulin syringe-needle u-100) ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1 (Thinpro Insulin Syringe) ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 (insulin syringe-needle u-100) ML 1/2 ML 30 X 3/8"	2	GC
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.3 ML 30 X 3/8"	2	GC
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 (insulin syringe-needle u-100) 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"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 (insulin syringe-needle u-100) ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML (insulin syringe-needle 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 u-100) GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	2	GC
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TOPCARE CLICKFINE 31G X (pen needle, diabetic) 5/16" 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TOPCARE ULTRA COMFORT (insulin syringe-needle SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X u-100) 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	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G (insulin syringe-needle 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	2	GC
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G (pen needle, diabetic, 5MM 31 GAUGE X 3/16" safety)	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
TRUE COMFORT 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 31G (pen needle, diabetic) 8MM 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL (pen needle, diabetic) 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	2	GC
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" (insulin syringe-needle 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" (insulin syringe-needle 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 0.5 ML (insulin syringe-needle 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X u-100) 5/16"	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 28 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 30 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" (insulin syringe-needle 1 ML 31 GAUGE X 5/16 u-100)	2	GC
ULTICAR INS 0.3 ML (insulin syr/ndl u100 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X half mark) 1/4"	2	GC
ULTICARE INS 0.3 ML 31GX1/4" (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	GC
ULTICARE INS 0.5 ML 31GX1/4" (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	GC
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 (insulin syringe-needle ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	2	GC
ULTICARE INS SYR 1 ML (insulin syringe-needle 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLE (pen needle, diabetic) 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 1/4"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM (pen needle, diabetic) 31G 31 GAUGE X 5/16"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM (pen needle, diabetic) 29G 29 GAUGE X 1/2"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM (pen needle, diabetic) 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	2	GC
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM (pen needle, diabetic) 32G 32 GAUGE X 1/4"	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	2	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	2	GC
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

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

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)</i>	2	GC
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>	2	GC
NORMOSOL-M IN 5 % DXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A (electrolyte-a) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1	PA BvD; GC
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml (20 ml)</i>	2	PA BvD; GC
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i> (Klor-Con 10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 20 meq</i> (K-Tab)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i> (Klor-Con 8)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i> (Klor-Con M10)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i> (Klor-Con M15)	2	GC
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i> (Klor-Con M20)	2	GC
<i>potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)</i> (Urocit-K 10)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 15 meq</i> (Urocit-K 15)	2	GC
<i>potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i> (Urocit-K 5)	2	GC
<i>potassium cl 10 meq/5 ml conc sdv,p/f,outer 2 meq/ml</i>	2	PA BvD; GC
<i>sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution</i>	2	GC
<i>sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use</i>	2	GC
Productos Para La Tos Y Resfriado		
Productos Para La Tos Y Resfriado		
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	6	EX
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5	PA; NDS
<i>anagrelide oral capsule 0.5 mg</i> (Agrylin)	2	GC
<i>anagrelide oral capsule 1 mg</i>	2	GC
CABLIVI INJECTION KIT 11 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION 189 MG/ML	5	PA; NDS
<i>protamine intravenous solution 10 mg/ml</i>	2	GC
TAVALISSE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>tranexamic acid intravenous solution 1,000 mg/10 ml (100 mg/ml)</i> (Cyklokapron)	2	GC
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg</i> (Pradaxa)	2	GC; QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (30 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (48 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i> (Lovenox)	2	GC; QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i> (Arixtra)	2	GC; QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i> (Arixtra)	5	NDS; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection cartridge 5,000 unit/ml (1 ml)</i>	2	GC
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection solution 1,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml</i>	2	GC
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (warfarin)	1	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i> (Jantoven)	1	GC
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>	2	GC; QL (60 per 30 days)
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	1	GC
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	GC
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	2	GC
<i>prasugrel oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	2	GC; QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre		
CINRYZE INTRAVENOUS RECON SOLN 500 UNIT (5 ML)	5	PA; NDS
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)
FULPHILA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
GRANIX SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5	PA; NDS; QL (20 per 30 days)
LEUKINE INJECTION RECON SOLN 250 MCG	5	NDS
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) (plerixafor)	5	NDS
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
NPLATE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 125 MCG, 250 MCG, 500 MCG	5	PA; NDS
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
<i>plerixafor subcutaneous solution 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml)</i> (Mozobil)	5	NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; NDS; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; NDS; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5	PA; NDS; QL (60 per 30 days)

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RELEUKO INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5	PA; NDS
RELEUKO SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA; QL (12 per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	3	PA; QL (4 per 28 days)
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SYRINGE 13.2 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
UDENYCA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5	PA; NDS
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
Reemplazo/Modificadores De Enzima		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5	NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	5	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 - 120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/3 ML	5	NDS
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
ELITEK INTRAVENOUS RECON SOLN 1.5 MG, 7.5 MG	5	NDS
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5	PA; NDS
GALAFOLD ORAL CAPSULE 123 MG	5	PA; NDS; QL (14 per 28 days)
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	5	PA; NDS
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION 8 MG/ML	5	PA BvD; NDS
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	5	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i> (Yargesa)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5	NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	5	PA; NDS
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	5	PA; NDS
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 20 MG/ML	5	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5	PA BvD; NDS
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML)	5	PA; NDS
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	5	PA; NDS

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	5	PA; LA; NDS
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML (1 MG/ML)	5	PA; NDS
VPRIV INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	NDS
<i>yargesa oral capsule 100 mg</i> (miglustat)	5	PA; NDS; QL (90 per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE (DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 - 63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
Relajantes Musculares Esqueléticos		
Relajantes Musculares Esqueléticos		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 250 mg</i>	5	NDS; QL (120 per 30 days)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	2	GC
<i>chlorzoxazone oral tablet 750 mg</i> (Lorzone)	2	GC; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	GC
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	2	GC
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	2	GC
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	2	GC
<i>revonto intravenous recon soln 20 mg</i> (dantrolene)	2	GC
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	2	GC
Vitaminas Y Minerales		
Vitaminas Y Minerales		
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	2	GC
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	2	GC
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC
<i>completenate tablet chew 29 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution</i> (Dodex)	6	EX
<i>ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)</i> (Drisdol)	6	EX
<i>folic acid oral tablet 1 mg</i>	6	EX
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	2	GC
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	2	GC
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	2	GC
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	2	GC
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron- 1,700 mcg dfe</i>	2	GC
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	2	GC
<i>o-cal prenatal tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	2	GC
<i>pnv 29-1 tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	2	GC
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg -430 mg</i>	2	GC
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	2	GC
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron-1.4 mg-300 mg</i>	2	GC
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	2	GC
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	2	GC
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	2	GC
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal low iron tablet (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron,carb-folic)	2	GC
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	2	GC
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	2	GC
<i>pretab 29 mg-1 mg tablet (rx) 29-1 mg</i>	2	GC
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	2	GC
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

Nombre del Medicamento	Nivel del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	2	GC
<i>triveen-duo dha combo pack 29-1-400 mg</i>	2	GC
<i>vinate care oral tablet, chewable 40 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	2	GC
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>virt-pn plus softgel (rx) 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	2	GC
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	2	GC
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	2	GC
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg -50 mg-260 mg</i>	2	GC
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg-200 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg -300 mg</i>	2	GC
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	2	GC
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg-100 mg</i>	2	GC

Para conocer el significado de los símbolos y las abreviaturas en esta tabla, vaya a la página número viii.

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	145	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
PLUS	145	
A		
<i>abacavir</i>	138	
<i>abacavir-lamivudine</i>	138	
ABELCET.....	135	
<i>abiraterone</i>	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE		
.....	145, 146	
ABRAXANE.....	3	
ABRYSVO.....	89	
<i>acamprosate</i>	18	
<i>acarbose</i>	22	
<i>accutane</i>	68	
<i>acebutolol</i>	41	
<i>acetaminophen-codeine</i>	105	
<i>acetazolamide</i>	93	
<i>acetazolamide sodium</i>	94	
<i>acetic acid</i>	95	
<i>acetylcysteine</i>	60	
<i>acitretin</i>	68	
ACTEMRA	83	
ACTEMRA ACTPEN.....	83	
ACTHAR	80	
ACTHIB (PF).....	89	
ACTIMMUNE	99	
<i>acyclovir</i>	68, 144	
<i>acyclovir sodium</i>	144	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) ..	89	
ADAKVEO	187	
<i>adapalene</i>	71	
<i>adefovir</i>	144	
ADEMPAS.....	102	
<i>adrucil</i>	3	
ADVAIR HFA.....	62	
ADVOCATE PEN NEEDLE		
.....	146	
ADVOCATE SYRINGES...	146	
<i>afirmelle</i>	118	
AIRSUPRA	63	
AJOVY AUTOINJECTOR...	27	
AJOVY SYRINGE.....	27	
AKEEGA.....	3	
AKYNZEO		
(FOSNETUPITANT)	28	
AKYNZEO (NETUPITANT)	28	
<i>ala-cort</i>	65	
<i>ala-scalp</i>	65	
<i>albendazole</i>	30	
<i>albuterol sulfate</i>	63	
<i>alcaine</i>	98	
<i>alclometasone</i>	65	
ALCOHOL PADS.....	68	
ALCOHOL PREP PADS	68	
ALCOHOL SWABS	68	
ALCOHOL WIPES	68	
ALDURAZYME	191	
ALECENSA	3	
<i>alendronate</i>	53	
<i>alfuzosin</i>	76	
<i>aliskiren</i>	51	
<i>allopurinol</i>	26	
<i>alosetron</i>	52	
<i>alprazolam</i>	19	
<i>altavera (28)</i>	118	
ALTRENO.....	71	
ALUNBRIG.....	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	118	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	118	
<i>alyq</i>	102	
<i>amabelz</i>	77	
<i>amantadine hcl</i>	31	
<i>ambrisentan</i>	102	
<i>amethia</i>	118	
<i>amiloride</i>	49	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>		
.....	49	
<i>amiodarone</i>	40	
<i>amitriptyline</i>	131	
<i>amitriptyline-chlordiazepoxide</i>		
.....	132	
<i>amlodipine</i>	46	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> ...	46, 47	
<i>amlodipine-benazepril</i>	46	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	46	
<i>amlodipine-valsartan</i>	46	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>		
.....	46	
<i>ammonium lactate</i>	68	
<i>amoxapine</i>	132	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>		
.....	72	
<i>amoxicillin</i>	115	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .	115	
<i>amphotericin b</i>	135	
<i>amphotericin b liposome</i>	135	
<i>ampicillin</i>	115	
<i>ampicillin sodium</i>	116	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	116	
<i>anagrelide</i>	187	
<i>anastrozole</i>	3	
ANORO ELLIPTA	63	
<i>apomorphine</i>	31	
APONVIE.....	28	
<i>apraclonidine</i>	98	
<i>aprepitant</i>	28, 29	
APRETUDE.....	138	

<i>apri</i>	118	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	119	BD NANO 2ND GEN PEN	
APTIOM.....	126, 127	AUSTEDO.....	55	NEEDLE.....	148
APTIVUS.....	138	AUSTEDO XR.....	55	BD SAFETYGLIDE INSULIN	
AQINJECT PEN NEEDLE..	146	AUSTEDO XR TITRATION		SYRINGE.....	148
<i>aranelle (28)</i>	119	KT(WK1-4).....	55	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	
ARCALYST.....	83	AUVELITY.....	132	.....	148
AREXVY (PF).....	89	<i>aviane</i>	119	BD ULTRA-FINE MICRO	
AREXVY ANTIGEN		AVONEX.....	55	PEN NEEDLE.....	149
COMPONENT.....	89	AVSOLA.....	83	BD ULTRA-FINE MINI PEN	
<i>aripiprazole</i>	32, 33	<i>ayuna</i>	119	NEEDLE.....	149
ARISTADA.....	33	AYVAKIT.....	3	BD ULTRA-FINE NANO PEN	
ARISTADA INITIO.....	33	<i>azacitidine</i>	3	NEEDLE.....	149
<i>armodafinil</i>	54	<i>azathioprine</i>	83	BD ULTRA-FINE ORIG PEN	
ARNUIITY ELLIPTA.....	62	<i>azathioprine sodium</i>	83	NEEDLE.....	149
<i>ascomp with codeine</i>	105	<i>azelastine</i>	98	BD ULTRA-FINE SHORT	
<i>asenapine maleate</i>	33	<i>azithromycin</i>	114	PEN NEEDLE.....	149
<i>ashlyna</i>	119	AZOPT.....	94	BD VEO INSULIN SYR	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	189	<i>aztreonam</i>	112	(HALF UNIT).....	149
ASSURE ID DUO PRO SFTY		<i>azurette (28)</i>	119	BD VEO INSULIN SYRINGE	
PEN NDL.....	147	B		UF.....	149
ASSURE ID DUO-SHIELD	147	<i>bacitracin</i>	95, 111	BELSOMRA.....	54
ASSURE ID INSULIN		<i>bacitracin-polymyxin b</i>	95	<i>benazepril</i>	50
SAFETY.....	147	<i>baclofen</i>	193	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	
ASSURE ID PEN NEEDLE	147	<i>bal-care dha</i>	194	.....	50
ASSURE ID PRO PEN		<i>bal-care dha essential</i>	194	<i>bendamustine</i>	3
NEEDLE.....	147	<i>balsalazide</i>	52	BENDAMUSTINE.....	3
ASTAGRAF XL.....	83	BALVERSA.....	3	BENDEKA.....	4
<i>atazanavir</i>	139	<i>balziva (28)</i>	119	BENLYSTA.....	83
<i>atenolol</i>	41	BCG VACCINE, LIVE (PF). 89		<i>benzonatate</i>	187
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	41	BD ALCOHOL SWABS.....	69	<i>benztropine</i>	31
<i>atomoxetine</i>	55	BD AUTOSHIELD DUO PEN		<i>bepotastine besilate</i>	99
<i>atorvastatin</i>	47	NEEDLE.....	147	BESREMI.....	83
<i>atovaquone</i>	30	BD ECLIPSE LUER-LOK..	147	<i>betaine</i>	99
<i>atovaquone-proguanil</i>	30	BD INSULIN SYRINGE ...	148	<i>betamethasone acet,sod phos.</i>	79
<i>atropine</i>	98	BD INSULIN SYRINGE		<i>betamethasone dipropionate..</i>	65
ATROVENT HFA.....	63	(HALF UNIT).....	147	<i>betamethasone valerate ...</i>	65, 66
<i>aubra eq</i>	119	BD INSULIN SYRINGE SLIP		<i>betamethasone, augmented....</i>	66
AUGTYRO.....	3	TIP.....	148	BETASERON.....	56
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	119	BD INSULIN SYRINGE U-500		<i>betaxolol</i>	41, 94
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	119	.....	147	<i>bethanechol chloride</i>	76
<i>aurovela 24 fe</i>	119	BD INSULIN SYRINGE		<i>bexarotene</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	119	ULTRA-FINE.....	147	BEXSERO.....	89

BEYFORTUS.....	143	<i>butalbital-acetaminophen</i>	105	<i>carglumic acid</i>	73
<i>bicalutamide</i>	4	<i>butalbital-acetaminophen-caff</i>		<i>carteolol</i>	94
BICILLIN L-A	116	.....	106	<i>cartia xt</i>	42
BIKTARVY	139	<i>butalbital-aspirin-caffeine</i> ...	106	<i>carvedilol</i>	41
<i>bimatoprost</i>	94	<i>butorphanol</i>	106	<i>casprofungin</i>	135
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	C		CAYSTON.....	112
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>		CABENUVA	139	<i>caziant (28)</i>	119
.....	41	<i>cabergoline</i>	31	<i>cefaclor</i>	112, 113
<i>bleomycin</i>	4	CABLIVI.....	187	<i>cefadroxil</i>	113
<i>blisovi 24 fe</i>	119	CABOMETYX.....	4	<i>cefazolin</i>	113
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	119	<i>cabotegravir</i>	139	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	113
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	119	<i>caffeine citrate</i>	56	<i>cefdinir</i>	113
BOOSTRIX TDAP	89	<i>calcipotriene</i>	69	<i>cefepime</i>	113
BORDERED GAUZE.....	149	<i>calcitonin (salmon)</i>	53	<i>cefixime</i>	113
<i>bortezomib</i>	4	<i>calcitriol</i>	53	<i>cefotaxime</i>	113
<i>bosentan</i>	102	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>		<i>cefoxitin</i>	113
BOSULIF	4	.....	75	<i>cefpodoxime</i>	113
BRAFTOVI.....	4	<i>calcium chloride</i>	185	<i>cefprozil</i>	113
BREO ELLIPTA	62	CALQUENCE		<i>ceftazidime</i>	113
<i>breyna</i>	62	(ACALABRUTINIB MAL) 4		<i>ceftriaxone</i>	114
BREZTRI AEROSPHERE	63	<i>camila</i>	119	<i>cefuroxime axetil</i>	114
<i>briellyn</i>	119	<i>candesartan</i>	45	<i>cefuroxime sodium</i>	114
BRILINTA	189	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>		<i>celecoxib</i>	103
<i>brimonidine</i>	94	.....	45	<i>cephalexin</i>	114
<i>brimonidine-timolol</i>	94	CAPLYTA.....	33	CERDELGA	192
BRIVIACT.....	127	CAPRELSA.....	4	CEREZYME.....	192
<i>bromfenac</i>	97	<i>captopril</i>	50	<i>cevimeline</i>	65
<i>bromocriptine</i>	31	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	50	<i>chateal eq (28)</i>	119
BRONCHITOL	60	<i>carbamazepine</i>	127	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	
BRUKINSA	4	<i>carbidopa</i>	31	.....	111
<i>budesonide</i>	52, 62	<i>carbidopa-levodopa</i>	31	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	19
<i>budesonide-formoterol</i>	62	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>		<i>chlorhexidine gluconate</i>	65
<i>bumetanide</i>	49	.....	31	<i>chloroquine phosphate</i>	30
<i>buprenorphine</i>	105	<i>carbinoxamine maleate</i>	137	<i>chlorothiazide sodium</i>	49
<i>buprenorphine hcl</i>	18, 105	<i>carboplatin</i>	4	<i>chlorpromazine</i>	33
<i>buprenorphine-naloxone</i>	18	CAREFINE PEN NEEDLE. 149		<i>chlorthalidone</i>	49
<i>bupropion hcl</i>	132	CARETOUCH ALCOHOL		<i>chlorzoxazone</i>	193
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>		PREP PAD.....	69	<i>cholestyramine (with sugar)</i> ..	47
.....	18	CARETOUCH INSULIN		<i>cholestyramine light</i>	47
<i>buspiron</i> e.....	99	SYRINGE.....	150	<i>ciclopirox</i>	135
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>		CARETOUCH PEN NEEDLE		<i>cidofovir</i>	144
.....	105	.....	149, 150	<i>cilostazol</i>	189

CIMDUO.....	139	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE.....	39	<i>compro</i>	29
<i>cimetidine</i>	72	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE.....	39	<i>constulose</i>	73
<i>cimetidine hcl</i>	72	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE.....	39	COPAXONE.....	56
<i>cinacalcet</i>	53	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	39	COPIKTRA.....	5
CINQAIR	60	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	39	CORLANOR.....	44
CINRYZE.....	189	<i>clobazam</i>	127	CORTROPHIN GEL	80
<i>ciprofloxacin</i>	116	<i>clobetasol</i>	66	COSENTYX	84, 99
<i>ciprofloxacin hcl</i>	95, 116	<i>clobetasol-emollient</i>	66	COSENTYX (2 SYRINGES)	83
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	116	<i>clomipramine</i>	132	COSENTYX PEN (2 PENS)	83
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95	<i>clonazepam</i>	19, 20	COSENTYX UNOREADY PEN	84
<i>citalopram</i>	132	<i>clonidine</i>	40	COTELLIC	5
<i>cladribine</i>	4	<i>clonidine hcl</i>	40, 56	CREON.....	192
<i>clarithromycin</i>	114	<i>clopidogrel</i>	189	<i>cromolyn</i>	60, 73, 99
<i>clemastine</i>	137	<i>clorazepate dipotassium</i>	20	<i>cryselle (28)</i>	119
CLENPIQ.....	75	<i>clotrimazole</i>	135	CURAD GAUZE PAD.....	153
CLICKFINE PEN NEEDLE	150	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	135	CURITY ALCOHOL SWABS	69
<i>clindamycin hcl</i>	111	<i>clozapine</i>	33	CURITY GAUZE.....	153
<i>clindamycin in 5 % dextrose</i>	111	<i>c-nate dha</i>	194	<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	194
<i>clindamycin pediatric</i>	111	COARTEM.....	30	<i>cyclobenzaprine</i>	193
<i>clindamycin phosphate</i> ..	70, 110, 111	<i>codeine sulfate</i>	106	<i>cyclopentolate</i>	99
<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i>	70	<i>codeine-butalbital-asa-caff</i> ..	106	<i>cyclophosphamide</i>	5
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	38	<i>colchicine</i>	26	<i>cyclosporine</i>	84
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	38	<i>colesevelam</i>	47	<i>cyclosporine modified</i>	84
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	38	<i>colestipol</i>	47	<i>cyproheptadine</i>	137
CLINIMIX 5%- D20W(SULFITE-FREE) ...	38	<i>colistin (colistimethate na)</i> ..	111	CYRAMZA.....	5
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	38	COMBIVENT RESPIMAT...	63	<i>cyred eq</i>	120
CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE) ...	38	COMETRIQ	5	CYSTADROPS.....	99
CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE) ...	38	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	150, 151, 152	CYSTARAN	99
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	39	COMFORT EZ PEN NEEDLES	151	D <i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	185
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE.....	39	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL	151, 152	<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	185
		COMFORT TOUCH PEN NEEDLE.....	152, 153	<i>dabigatran etexilate</i>	188
		COMPLERA	139	<i>dalfampridine</i>	56
		<i>completenate</i>	194	<i>danazol</i>	77
				<i>dantrolene</i>	193
				DANYELZA.....	5
				<i>dapsone</i>	138

DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF).....	89	<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	56	DOPTELET (30 TAB PACK)	189
<i>daptomycin</i>	111	<i>dextrose 10 % in water (d10w)</i>	39	<i>dorzolamide</i>	94
<i>darunavir</i>	139	<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i> ..	39	<i>dorzolamide-timolol</i>	94
DARZALEX	5	DIACOMIT	127	<i>dotti</i>	78
DARZALEX FASPRO	5	<i>diazepam</i>	20, 127	DOVATO.....	139
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	120	<i>diazepam intensol</i>	20	<i>doxazosin</i>	40
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	120	<i>diazoxide</i>	99	<i>doxepin</i>	132
DAURISMO.....	5	<i>diclofenac potassium</i>	103	<i>doxercalciferol</i>	53
<i>daysee</i>	120	<i>diclofenac sodium</i>	97, 103	<i>doxorubicin</i>	5
<i>deblitane</i>	120	<i>diclofenac-misoprostol</i>	104	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5
<i>decitabine</i>	5	<i>dicloxacillin</i>	116	<i>doxy-100</i>	117
<i>deferasirox</i>	109, 110	<i>dicyclomine</i>	73	<i>doxycycline hyclate</i>	117, 118
<i>deferiprone</i>	110	<i>didanosine</i>	139	<i>doxycycline monohydrate</i>	118
<i>deferoxamine</i>	110	DIFICID.....	114	DRIZALMA SPRINKLE ...	132
DELSTRIGO.....	139	<i>diflorasone</i>	66	<i>dronabinol</i>	29
<i>demeclocycline</i>	117	<i>diflunisal</i>	104	<i>droperidol</i>	29
DENGVAXIA (PF).....	90	<i>difluprednate</i>	97	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)..	153, 154
<i>denta 5000 plus</i>	65	<i>digitek</i>	44	DROPLET INSULIN SYRINGE	153, 154
<i>dentagel</i>	65	<i>digox</i>	44	DROPLET MICRON PEN NEEDLE.....	154
DEPO-SUBQ PROVERA 104	82	<i>digoxin</i>	44	DROPLET PEN NEEDLE .	154, 155
DERMACEA	153	<i>dihydroergotamine</i>	27	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	69
DERMACEA NON-WOVEN	153	DILANTIN	127	DROPSAFE INSULIN SYRINGE	155
DESCOVY	139	<i>diltiazem hcl</i>	42, 43	DROPSAFE PEN NEEDLE	155
<i>desipramine</i>	132	<i>dilt-xr</i>	43	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	120
<i>desmopressin</i>	80	<i>dimenhydrinate</i>	29	DROXIA	187
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	120	<i>dimethyl fumarate</i>	56, 57	<i>droxidopa</i>	40
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	120	DIPENTUM.....	52	DUAVEE	78
<i>desonide</i>	66	<i>diphenhydramine hcl</i>	137	<i>duloxetine</i>	132
<i>desoximetasone</i>	66	<i>diphenoxylate-atropine</i>	73	DUPIXENT PEN	84
<i>desvenlafaxine succinate</i>	132	<i>dipyridamole</i>	189	DUPIXENT SYRINGE	84
<i>dexamethasone</i>	79	<i>disopyramide phosphate</i>	40	<i>dutasteride</i>	76
<i>dexamethasone sodium phos (pf)</i>	79	<i>disulfiram</i>	18	<i>dutasteride-tamsulosin</i>	76
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	79, 97	<i>divalproex</i>	127		
<i>dexmethylphenidate</i>	56	<i>docetaxel</i>	5		
<i>dexrazoxane hcl</i>	99	<i>dofetilide</i>	40		
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	56	<i>donepezil</i>	21		
		DOPTELET (10 TAB PACK)	189		
		DOPTELET (15 TAB PACK)	189		

E		
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	69	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	156, 157	
EASY COMFORT PEN NEEDLES	156, 157	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	156	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	157	
EASY GLIDE PEN NEEDLE	157	
EASY TOUCH.....	158, 159	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	69	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN.....	158	
EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE.....	158	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR.....	157, 158	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE.....	157, 158, 159	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN.....	158	
EASY TOUCH PEN NEEDLE	158	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	159	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	158	
EASY TOUCH UNI-SLIP ..	159	
<i>ec-naproxen</i>	104	
<i>econazole</i>	135	
EDARBI.....	45	
EDARBYCLOR.....	45	
EDURANT.....	139	
<i>efavirenz</i>	139	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir</i>	139	
<i>efavirenz-lamivuv-tenofovir disop</i>	139	
EGRIFTA SV	81	
ELAPRASE	192	
<i>electrolyte-148</i>	185	
ELFABRIO.....	192	
ELIGARD.....	6	
ELIGARD (3 MONTH)	6	
ELIGARD (4 MONTH)	6	
ELIGARD (6 MONTH)	6	
<i>elinest</i>	120	
ELIQUIS.....	188	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	188	
ELITEK	192	
<i>elixophyllin</i>	63	
ELLA	120	
ELMIRON.....	100	
ELREXFIO.....	6	
<i>eluryng</i>	120	
EMBRACE PEN NEEDLE 159, 160		
EMCYT	6	
EMEND	29	
EMGALITY PEN.....	27	
EMGALITY SYRINGE	27	
EMSAM.....	133	
<i>emtricitabine</i>	139	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	140	
EMTRIVA	140	
<i>enalapril maleate</i>	50	
<i>enalaprilat</i>	50	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	50	
ENBREL.....	84	
ENBREL MINI	84	
ENBREL SURECLICK	84	
ENDARI	100	
<i>endocet</i>	106	
ENGERIX-B (PF).....	90	
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	90	
<i>enilloring</i>	120	
<i>enoxaparin</i>	188	
<i>enpresse</i>	120	
<i>enskyce</i>	120	
ENSPRYNG	57	
<i>entacapone</i>	31	
ENTADFI	76	
<i>entecavir</i>	144	
ENTRESTO	45	
<i>enulose</i>	73	
EPCLUSA.....	143	
EPIDIOLEX.....	128	
<i>epinastine</i>	99	
<i>epinephrine</i>	44	
<i>epitol</i>	128	
EPIVIR HBV	140	
EPKINLY	6	
<i>eplerenone</i>	51	
<i>epoprostenol</i>	102	
EPRONTIA.....	128	
<i>eprosartan</i>	45	
ERBITUX	6	
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> ..	194	
<i>ergoloid</i>	21	
ERIVEDGE.....	6	
ERLEADA	6	
<i>erlotinib</i>	6	
<i>errin</i>	120	
<i>ertapenem</i>	112	
<i>ery pads</i>	70	
<i>erythromycin</i>	95, 115	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	115	
<i>erythromycin with ethanol</i>	70	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	71	
<i>escitalopram oxalate</i>	133	
<i>esomeprazole magnesium</i>	72	
<i>esomeprazole sodium</i>	72	
<i>estarylla</i>	120	
<i>estazolam</i>	20	
<i>estradiol</i>	78	
<i>estradiol valerate</i>	78	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> ..	78	

<i>eszopiclone</i>	54	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	47	<i>flurbiprofen sodium</i>	97
<i>ethambutol</i>	138	<i>fenofibric acid (choline)</i>	47	<i>fluticasone propionate</i> 62, 67, 97	
<i>ethosuximide</i>	128	<i>fenoprofen</i>	104	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 120		<i>fentanyl</i>	106	.....	62
<i>etodolac</i>	104	<i>fentanyl citrate</i>	106	<i>fluvastatin</i>	47
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>		FERRIPROX	110	<i>fluvoxamine</i>	133
.....	120	FERRIPROX (2 TIMES A		<i>folic acid</i>	194
ETOPOPHOS.....	6	DAY)	110	<i>folivane-ob</i>	194
<i>etoposide</i>	6	<i>fesoterodine</i>	76	<i>fomepizole</i>	100
<i>etravirine</i>	140	FETZIMA.....	133	<i>fondaparinux</i>	188
EUCRISA.....	66	FIASP FLEXTOUCH U-100		<i>fosamprenavir</i>	140
<i>everolimus (antineoplastic)</i> ..6, 7		INSULIN	24	<i>fosaprepitant</i>	29
<i>everolimus</i>		FIASP PENFILL U-100		<i>foscarnet</i>	143
(<i>immunosuppressive</i>).....	84	INSULIN	24	<i>fosinopril</i>	50
EVOTAZ.....	140	FIASP U-100 INSULIN	24	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	
EVRYSDI.....	100	<i>finasteride</i>	76	.....	51
EXEL INSULIN.....	160	<i>fingolimod</i>	57	<i>fosphephenytoin</i>	128
<i>exemestane</i>	7	FINTEPLA	128	FOTIVDA.....	7
EXKIVITY.....	7	FIRMAGON KIT W DILUENT		FREESTYLE PRECISION..	160
EXONDYS-51	100	SYRINGE.....	7	FRUZAQLA	7
EYSUVIS	97	<i>flavoxate</i>	76	FULPHILA	189
EZALLOR SPRINKLE.....	47	FLEBOGAMMA DIF	84	<i>fulvestrant</i>	7
<i>ezetimibe</i>	47	<i>flecainide</i>	40	<i>furosemide</i>	49
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	47	<i>floxuridine</i>	7	FUZEON.....	140
F		<i>fluconazole</i>	135, 136	FYARRO	7
FABRAZYME	192	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> 135		<i>fyavolv</i>	78
<i>falmina (28)</i>	121	<i>flucytosine</i>	136	FYCOMPA	128
<i>famciclovir</i>	145	<i>fludrocortisone</i>	79	FYLNETRA.....	190
<i>famotidine</i>	72	<i>flumazenil</i>	57	G	
<i>famotidine (pf)</i>	72	<i>flunisolide</i>	97	<i>gabapentin</i>	128
<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i> ..72		<i>fluocinolone</i>	66, 67	GALAFOLD	192
FANAPT	34	<i>fluocinolone acetamide oil</i>	97	<i>galantamine</i>	21
FARXIGA	22	<i>fluocinonide</i>	67	GAMIFANT	84
FARYDAK.....	7	<i>fluocinonide-emollient</i>	67	GAMMAGARD LIQUID.....	85
FASENRA.....	60	<i>fluoride (sodium)</i>	65	GAMMAGARD S-D (IGA < 1	
FASENRA PEN.....	60	<i>fluorometholone</i>	97	MCG/ML).....	85
<i>febuxostat</i>	26	<i>fluorouracil</i>	7, 69	GAMMAPLEX.....	85
<i>felbamate</i>	128	<i>fluoxetine</i>	133	GAMMAPLEX (WITH	
<i>felodipine</i>	46	<i>fluphenazine decanoate</i>	34	SORBITOL).....	85
FEMRING	78	<i>fluphenazine hcl</i>	34	GAMUNEX-C	85
<i>fenofibrate</i>	47	<i>flurazepam</i>	20	<i>ganciclovir sodium</i>	145
<i>fenofibrate micronized</i>	47	<i>flurbiprofen</i>	104	GARDASIL 9 (PF).....	90

<i>gatifloxacin</i>	95	GVOKE PFS 2-PACK		HUMIRA(CF) PEN	
GATTEX 30-VIAL.....	73	SYRINGE.....	100	PEDIATRIC UC.....	85
GAUZE PAD.....	160	H		HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
<i>gavilyte-c</i>	75	HAEGARDA.....	190	ADOL HS.....	86
<i>gavilyte-g</i>	75	<i>hailey</i>	121	HUMULIN R U-500 (CONC)	
GAVRETO.....	7	<i>hailey 24 fe</i>	121	INSULIN.....	24
<i>gefitinib</i>	7	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	121	HUMULIN R U-500 (CONC)	
<i>gemcitabine</i>	7	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	121	KWIKPEN.....	24
<i>gemfibrozil</i>	48	<i>halobetasol propionate</i>	67	<i>hydralazine</i>	44
<i>generlac</i>	73	<i>haloette</i>	121	<i>hydrochlorothiazide</i>	49
<i>gengraf</i>	85	<i>haloperidol</i>	34	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	106
<i>gentak</i>	95	<i>haloperidol decanoate</i>	34	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	106
<i>gentamicin</i>	71, 95, 110	<i>haloperidol lactate</i>	34	<i>hydrocortisone</i>	52, 67, 79
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	110	HARVONI.....	143	<i>hydrocortisone butyrate</i>	67
<i>gentamicin sulfate (pf)</i>	110	HAVRIX (PF).....	90	<i>hydrocortisone valerate</i>	67
GENVOYA.....	140	HEALTHWISE INSULIN		<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	95
GILENYA.....	57	SYRINGE.....	161	<i>hydrocortisone-min oil-wht pet</i>	
GILOTRIF.....	7	HEALTHWISE PEN NEEDLE		.....	67
GIVLAARI.....	187	.....	161	<i>hydromorphone</i>	107
<i>glatiramer</i>	57	HEALTHY ACCENTS		<i>hydromorphone (pf)</i>	106
<i>glatopa</i>	57	UNIFINE PENTIP... 161, 162		<i>hydroxychloroquine</i>	30
GLEOSTINE.....	8	<i>heather</i>	121	<i>hydroxyprogesterone cap(ppres)</i>	
<i>glimepiride</i>	26	HEMADY.....	79	.....	82
<i>glipizide</i>	26	<i>heparin (porcine)</i>	188	<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	
<i>glipizide-metformin</i>	26	<i>heparin, porcine (pf)</i>	188	.....	82
<i>glyburide</i>	26	HEPLISAV-B (PF).....	90	<i>hydroxyurea</i>	8
<i>glyburide micronized</i>	26	HERCEPTIN HYLECTA.....	8	<i>hydroxyzine hcl</i>	137, 138
<i>glyburide-metformin</i>	26	HERZUMA.....	8	<i>hydroxyzine pamoate</i>	100
<i>glycopyrrolate</i>	73	HETLIOZ LQ.....	54	HYQVIA.....	86
<i>glydo</i>	109	HIBERIX (PF).....	90	I	
GLYXAMBI.....	22	HUMIRA.....	85	<i>ibandronate</i>	53
<i>granisetron (pf)</i>	29	HUMIRA PEN.....	85	IBRANCE.....	8
<i>granisetron hcl</i>	29	HUMIRA PEN CROHNS-UC-		<i>ibu</i>	104
GRANIX.....	190	HS START.....	85	<i>ibuprofen</i>	104
<i>griseofulvin microsize</i>	136	HUMIRA PEN PSOR-		<i>ibuprofen-famotidine</i>	104
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	136	UVEITS-ADOL HS.....	85	<i>icatibant</i>	44
<i>guanfacine</i>	40, 57	HUMIRA(CF).....	86	<i>iclevia</i>	121
GVOKE.....	100	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS		ICLUSIG.....	8
GVOKE HYPOPEN 2-PACK		STARTER.....	85	IDHIFA.....	8
.....	100	HUMIRA(CF) PEN.....	86	<i>ifosfamide</i>	8
GVOKE PFS 1-PACK		HUMIRA(CF) PEN CROHNS-		ILARIS (PF).....	86
SYRINGE.....	100	UC-HS.....	85	ILEVRO.....	97

ILUMYA.....	86	INSULIN SYRINGE		JANUMET.....	22
<i>imatinib</i>	8	NEEDLELESS	148	JANUMET XR	22
IMBRUVICA.....	8	INSULIN SYRINGE-NEEDLE		JANUVIA	22
<i>imipenem-cilastatin</i>	112	U-100.....	148, 149, 160, 162,	JARDIANCE	22
<i>imipramine hcl</i>	133	163, 170, 174, 175		<i>jasmiel (28)</i>	121
<i>imipramine pamoate</i>	133	INSUPEN PEN NEEDLE ...	163	<i>javygtor</i>	192
<i>imiquimod</i>	69	INTELENCE	140	JAYPIRCA	9
IMJUDO.....	8	INTRALIPID.....	39	JEMPERLI.....	9
IMLYGIC.....	8	INVEGA HAFYERA	34	<i>jencycla</i>	121
IMOVAX RABIES VACCINE		INVEGA SUSTENNA	34, 35	JENTADUETO.....	22
(PF).....	90	INVEGA TRINZA	35	JENTADUETO XR	22
IMPAVIDO.....	30	INVELTYS.....	97	<i>jinteli</i>	78
INBRIJA.....	32	INVIRASE.....	140	<i>juleber</i>	121
<i>incassia</i>	121	IPOL	90	JULUCA	140
INCONTROL ALCOHOL		<i>ipratropium bromide</i>	64, 99	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	121
PADS.....	69	<i>ipratropium-albuterol</i>	64	<i>junel 1/20 (21)</i>	121
INCONTROL PEN NEEDLE		<i>irbesartan</i>	45	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	121
.....	162	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>junel fe 1/20 (28)</i>	121
INCRELEX	81	.....	45	<i>junel fe 24</i>	121
<i>indapamide</i>	49	<i>irinotecan</i>	9	JUXTAPID	48
<i>indomethacin</i>	104	ISENTRESS	140	JYNARQUE	49
INFANRIX (DTAP) (PF).....	90	ISENTRESS HD.....	140	JYNNEOS (PF).....	91
INFLECTRA.....	86	<i>isibloom</i>	121	K	
<i>infliximab</i>	86	ISOLYTE S PH 7.4	185	<i>kalliga</i>	121
INGREZZA.....	57	ISOLYTE-P IN 5 %		KALYDECO.....	60
INGREZZA INITIATION		DEXTROSE	185	KANJINTI	9
PACK	57	ISOLYTE-S.....	185	KANUMA.....	192
INLYTA.....	8, 9	<i>isoniazid</i>	138	<i>kariva (28)</i>	122
INPEN (FOR HUMALOG)		<i>isosorbide dinitrate</i>	51	KATERZIA.....	46
BLUE	162	<i>isosorbide mononitrate</i>	51	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	122
INPEN (NOVOLOG OR		<i>isosorbide-hydralazine</i>	52	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	122
FIASP) BLUE	162	<i>isradipine</i>	46	KERENDIA	51
INQOVI.....	9	<i>itraconazole</i>	136	KESIMPTA PEN	57
INREBIC	9	IV PREP WIPES	69	<i>ketoconazole</i>	136
<i>insulin asp prt-insulin aspart 24,</i>		<i>ivermectin</i>	30	<i>ketoprofen</i>	104
25		IWILFIN.....	9	<i>ketorolac</i>	98, 104, 105
<i>insulin aspart u-100</i>	25	IXCHIQ	90	KEVZARA	86
INSULIN SYR/NDL U100		IXIARO (PF).....	90	KEYTRUDA.....	9
HALF MARK	162	J		KIMMTRAK	9
INSULIN SYRINGE.....	148	<i>jaimiess</i>	121	KINERET	86
INSULIN SYRINGE		JAKAFI	9	KINRIX (PF)	91
MICROFINE.....	148	<i>jantoven</i>	189	KISQALI.....	9

KISQALI FEMARA CO-PACK	9	<i>leuprolide</i>	10	<i>lorazepam intensol</i>	20
KLISYRI	69	<i>leuprolide (3 month)</i>	10	LORBRENA.....	10
<i>klor-con m10</i>	185	<i>levetiracetam</i>	129	<i>loryna (28)</i>	123
<i>klor-con m15</i>	185	<i>levobunolol</i>	94	<i>losartan</i>	45
<i>klor-con m20</i>	185	<i>levocarnitine</i>	100	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	45
KLOXXADO	19	<i>levocarnitine (with sugar) ...</i>	100	LOTEMAX.....	98
KOSELUGO	10	<i>levocetirizine</i>	138	LOTEMAX SM	98
<i>kosher prenatal plus iron</i>	194	<i>levofloxacin</i>	95, 99, 117	<i>loteprednol etabonate</i>	98
KOURZEQ.....	65	<i>levofloxacin in d5w</i>	117	<i>lovastatin</i>	48
KRAZATI	10	<i>levoleuovorin calcium</i>	100	<i>low-ogestrel (28)</i>	123
KRINTAFEL.....	30	<i>levonest (28)</i>	122	<i>loxapine succinate</i>	35
KRYSTEXXA.....	192	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	122	<i>lo-zumandimine (28)</i>	123
<i>kurvelo (28)</i>	122	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	122	<i>lubiprostone</i>	74
KYNMOBI.....	32	<i>levora-28</i>	122	LUMAKRAS	10
L		<i>levothyroxine</i>	77	LUMIGAN.....	94
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	122	LEXIVA	141	LUNSUMIO	10
<i>labetalol</i>	41	<i>lidocaine</i>	109	LUPRON DEPOT.....	81
<i>lacosamide</i>	128	<i>lidocaine (pf)</i>	40, 109	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	
<i>lactulose</i>	73	<i>lidocaine hcl</i>	109	.....	11, 81
<i>lagevrio (eua)</i>	145	<i>lidocaine viscous</i>	109	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	
<i>lamivudine</i>	140	<i>lidocaine-prilocaine</i>	109	.....	11
<i>lamivudine-zidovudine</i>	140	<i>linezolid</i>	111	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	
<i>lamotrigine</i>	128, 129	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	111	.....	11
<i>lanreotide</i>	81	LINZESS	73	LUPRON DEPOT-PED.....	81
<i>lansoprazole</i>	72	<i>liothyronine</i>	77	LUPRON DEPOT-PED (3	
<i>lanthanum</i>	75	LISCO.....	163	MONTH).....	81
<i>lapatinib</i>	10	<i>lisinopril</i>	51	<i>lurasidone</i>	35
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	122	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	51	<i>lutura (28)</i>	123
<i>larin 1/20 (21)</i>	122	LITE TOUCH INSULIN PEN		LYBALVI.....	35
<i>larin 24 fe</i>	122	NEEDLES	164	<i>lyleq</i>	123
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	122	LITE TOUCH INSULIN		<i>lyllana</i>	78
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	122	SYRINGE.....	164, 165	LYNPARZA	11
<i>latanoprost</i>	94	<i>lithium carbonate</i>	57	LYSODREN	11
<i>leflunomide</i>	86	<i>lithium citrate</i>	57	LYTGOBI.....	11
<i>lenalidomide</i>	10	LIVALO	48	<i>lyza</i>	123
LENVIMA	10	<i>lojaimiess</i>	123	M	
<i>lessina</i>	122	LOKELMA.....	74	MAGELLAN INSULIN	
<i>letrozole</i>	10	LONSURF	10	SAFETY SYRNG.....	165
<i>leucovorin calcium</i>	100	<i>loperamide</i>	74	MAGELLAN SYRINGE.....	165
LEUKERAN	10	<i>lopinavir-ritonavir</i>	141	<i>magnesium sulfate</i>	186
LEUKINE.....	190	LOQTORZI	10	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	185
		<i>lorazepam</i>	20	<i>magnesium sulfate in water</i> .	186

<i>malathion</i>	71	<i>megestrol</i>	11, 82	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	
<i>maraviroc</i>	141	MEKINIST	11	.....	112
MARGENZA	11	MEKTOVI.....	11	<i>metyrosine</i>	44
<i>marlissa (28)</i>	123	<i>meloxicam</i>	105	<i>mexiletine</i>	40
<i>marnatal-f</i>	194	<i>memantine</i>	21	<i>miconazole-3</i>	136
MARPLAN	133	MENACTRA (PF).....	91	MICRODOT INSULIN PEN	
MATULANE	11	MENQUADFI (PF).....	91	NEEDLE	165
<i>matzim la</i>	43	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP		MICRODOT READYGARD	
MAVENCLAD (10 TABLET		(PF)	91	PEN NEEDLE	165
PACK).....	58	MEPSEVII.....	192	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	123
MAVENCLAD (4 TABLET		<i>mercaptopurine</i>	11	<i>midazolam</i>	20
PACK).....	58	<i>meropenem</i>	112	<i>midodrine</i>	40
MAVENCLAD (5 TABLET		<i>merzee</i>	123	<i>mifepristone</i>	22
PACK).....	58	<i>mesalamine</i>	52	<i>miglitol</i>	22
MAVENCLAD (6 TABLET		<i>mesna</i>	101	<i>miglustat</i>	192
PACK).....	58	MESNEX.....	101	<i>mili</i>	123
MAVENCLAD (7 TABLET		<i>metadate er</i>	58	<i>mimvey</i>	78
PACK).....	58	<i>metformin</i>	22	MINI ULTRA-THIN II.....	166
MAVENCLAD (8 TABLET		<i>methadone</i>	107	<i>minocycline</i>	118
PACK).....	58	<i>methadose</i>	107	<i>minoxidil</i>	52
MAVENCLAD (9 TABLET		<i>methazolamide</i>	94	<i>mirtazapine</i>	133
PACK).....	58	<i>methenamine hippurate</i>	111	<i>misoprostol</i>	72
MAVYRET	143	<i>methimazole</i>	77	MITIGARE	26
MAXICOMFORT II PEN		<i>methocarbamol</i>	194	<i>mitoxantrone</i>	11
NEEDLE	165	<i>methotrexate sodium</i>	11	M-M-R II (PF)	91
MAXICOMFORT INSULIN		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11	<i>m-natal plus</i>	194
SYRINGE.....	165	<i>methoxsalen</i>	69	<i>modafinil</i>	54
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methscopolamine</i>	74	<i>moexipril</i>	51
SYRINGE.....	165	<i>methsuximide</i>	129	<i>molindone</i>	35
MAXI-COMFORT INSULIN		<i>methyldopa</i>	40	<i>mometasone</i>	67, 68, 98
SYRINGE.....	165	<i>methylphenidate hcl</i>	58, 59	<i>mondoxyne nl</i>	118
MAXICOMFORT SAFETY		<i>methylprednisolone</i>	79	MONOJECT INSULIN	
PEN NEEDLE.....	165	<i>methylprednisolone acetate</i> ...	79	SAFETY SYRINGE... 166, 167	
MAYZENT	58	<i>methylprednisolone sodium succ</i>		MONOJECT INSULIN	
MAYZENT STARTER(FOR		.....	80	SYRINGE	166, 167
1MG MAINT).....	58	<i>metoclopramide hcl</i>	74	MONOJECT SYRINGE.....	166
MAYZENT STARTER(FOR		<i>metolazone</i>	49	MONOJECT ULTRA	
2MG MAINT).....	58	<i>metoprolol succinate</i>	41	COMFORT INSULIN	180
<i>meclizine</i>	29	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>		<i>mono-lynyah</i>	123
<i>medroxyprogesterone</i>	82	.....	42	<i>montelukast</i>	62, 63
<i>mefenamic acid</i>	105	<i>metoprolol tartrate</i>	42	<i>morphine</i>	107
<i>mefloquine</i>	30	<i>metronidazole</i>	71, 110, 112	MORPHINE.....	107

<i>morphine concentrate</i>	107	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>		<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	
MOUNJARO.....	23	.....	96	.....	78, 123
MOVANTIK.....	74	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	71	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	
<i>moxifloxacin</i>	95, 117	<i>neomycin-polymyxin b-</i>		.....	123, 124
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>		<i>dexameth</i>	96	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	
.....	117	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>		.....	124
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>		.....	96	NORMOSOL-M IN 5 %	
.....	117	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	96	DEXTROSE.....	186
MOZOBIL.....	190	<i>neo-polycin</i>	96	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	124
MULTAQ.....	40	<i>neo-polycin hc</i>	96	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	124
<i>mupirocin</i>	71	NERLYNX.....	12	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	124
MVASI.....	12	NEULASTA ONPRO.....	190	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	124
<i>mycophenolate mofetil</i>	86	NEUPRO.....	32	<i>nortriptyline</i>	133
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ...	86	<i>nevirapine</i>	141	NORVIR.....	141
<i>mycophenolate sodium</i>	87	<i>newgen</i>	194	NOVOFINE 30.....	167
<i>mynatal</i>	194	NEXLETOL.....	48	NOVOFINE 32.....	167
<i>mynatal advance</i>	194	NEXLIZET.....	48	NOVOFINE PLUS.....	167
<i>mynatal plus</i>	194	<i>niacin</i>	48	NOVOLIN 70/30 U-100	
<i>mynatal-z</i>	194	<i>niacor</i>	48	INSULIN.....	25
<i>mynate 90 plus</i>	194	<i>nicardipine</i>	46	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-	
MYRBETRIQ.....	76	NICOTROL.....	19	100.....	25
N		NICOTROL NS.....	19	NOVOLIN N FLEXPEN.....	25
<i>nabumetone</i>	105	<i>nifedipine</i>	46	NOVOLIN N NPH U-100	
<i>nadolol</i>	42	<i>nikki (28)</i>	123	INSULIN.....	25
<i>nafcillin</i>	116	<i>nilutamide</i>	12	NOVOLIN R FLEXPEN.....	25
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	116	NINLARO.....	12	NOVOLIN R REGULAR U100	
NAGLAZYME.....	192	<i>nitazoxanide</i>	30	INSULIN.....	25
<i>naloxone</i>	19	<i>nitisinone</i>	192	NOVOTWIST.....	167
<i>naltrexone</i>	19	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	112	NOXAFIL.....	136
NAMZARIC.....	21	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>		NPLATE.....	190
<i>naproxen</i>	105	.....	112	NUBEQA.....	12
<i>naratriptan</i>	27	<i>nitroglycerin</i>	52, 101	NUCALA.....	60
NATACYN.....	95	<i>niva-plus</i>	194	NULOJIX.....	87
<i>nateglinide</i>	23	NIVESTYM.....	190	NUPLAZID.....	35
NATPARA.....	53	<i>nizatidine</i>	73	NURTEC ODT.....	27
NAYZILAM.....	129	NORDITROPIN FLEXPEN.....	81	NUTRILIPID.....	39
<i>nebivolol</i>	42	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>		<i>nyamyc</i>	136
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	123	.....	123	<i>nylia 1/35 (28)</i>	124
<i>nefazodone</i>	133	<i>norethindrone (contraceptive)</i>		<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	124
<i>neomycin</i>	110	.....	123	<i>nymyo</i>	124
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	95	<i>norethindrone acetate</i>	83	<i>nystatin</i>	136

<i>nystop</i>	137	OMNIPOD DASH PDM KIT	<i>oxazepam</i>	21
NYVEPRIA.....	190	(GEN 4)	<i>oxcarbazepine</i>	129
O		OMNIPOD DASH PODS (GEN	OXLUMO	101
<i>obstetrix dha</i>	195	4).....	<i>oxybutynin chloride</i>	76
<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ...	195	OMNIPOD GO PODS.....	<i>oxycodone</i>	107, 108
<i>o-cal prenatal</i>	195	OMNIPOD GO PODS 10	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ...	108
OICALIVA.....	74	UNITS/DAY	OXYCONTIN.....	108
OCREVUS	59	OMNIPOD GO PODS 15	<i>oxymorphone</i>	108
OCTAGAM.....	87	UNITS/DAY	OZEMPIC	23
<i>octreotide acetate</i>	81	OMNIPOD GO PODS 20	P	
ODEFSEY	141	UNITS/DAY	<i>pacerone</i>	40
ODOMZO	12	OMNIPOD GO PODS 25	<i>paclitaxel</i>	12
OFEV	60	UNITS/DAY	<i>paclitaxel protein-bound</i>	12
<i>ofloxacin</i>	96	OMNIPOD GO PODS 30	<i>paliperidone</i>	36
OGIVRI.....	12	UNITS/DAY	PALYNZIQ.....	192
OGSIVEO	12	OMNIPOD GO PODS 40	<i>pamidronate</i>	53
OJJAARA.....	12	UNITS/DAY	PANRETIN.....	69
<i>olanzapine</i>	36	<i>ondansetron</i>	<i>pantoprazole</i>	73
<i>olmesartan</i>	45	<i>ondansetron hcl</i>	<i>paricalcitol</i>	53
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiazid</i>	45	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	<i>paroex oral rinse</i>	65
.....	45	ONGENTYS.....	<i>paromomycin</i>	30
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	45	ONTRUZANT.....	<i>paroxetine hcl</i>	133, 134
.....	45	ONUREG.....	PAXLOVID	144
<i>olopatadine</i>	99	OPDIVO	<i>pazopanib</i>	13
OLUMIANT.....	87	OPDUALAG	PEDIARIX (PF).....	91
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	48	OPSUMIT.....	PEDVAX HIB (PF)	91
<i>omeprazole</i>	73	<i>oralone</i>	PEGASYS.....	144
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	73	ORENCIA	<i>peg-electrolyte soln</i>	75
.....	73	ORENCIA (WITH MALTOSE)	PEMAZYRE.....	13
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT		.....	<i>pemetrexed disodium</i>	13
(GEN 5).....	167	ORENCIA CLICKJECT	PEMRYDI RTU.....	13
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN		ORFADIN	PEN NEEDLE	160, 168, 171
5).....	167	ORGOVYX.....	PEN NEEDLE, DIABETIC	152,
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		ORLISSA	165, 166, 168, 170	
KT(GEN5).....	167	ORKAMBI	PEN NEEDLE, DIABETIC,	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		ORSERDU.....	SAFETY	171
(GEN 5).....	167	<i>oseltamivir</i>	PENBRAYA (PF).....	91
OMNIPOD CLASSIC PODS		OSMOLEX ER.....	PENBRAYA MENACWY	
(GEN 3).....	167	OTEZLA.....	COMPONENT(PF).....	91
OMNIPOD DASH INTRO KIT		OTEZLA STARTER.....	PENBRAYA MENB	
(GEN 4).....	167	<i>oxaliplatin</i>	COMPONENT (PF).....	91
		<i>oxandrolone</i>	<i>penciclovir</i>	69

<i>penicillamine</i>	110	<i>pnv-dha + docusate</i>	195	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	195
<i>penicillin g potassium</i>	116	<i>pnv-omega</i>	195	<i>prenatal-u</i>	195
<i>penicillin g procaine</i>	116	<i>podofilox</i>	69	<i>preplus</i>	195
<i>penicillin v potassium</i>	116	<i>polycin</i>	96	<i>pretab</i>	196
PENTACEL (PF)	91	<i>polymyxin b sulfate</i>	112	PRETOMANID	138
<i>pentamidine</i>	30	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	96	<i>prevalite</i>	48
PENTIPS	168, 169	POMALYST.....	13	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	169
<i>pentoxifylline</i>	189	<i>portia 28</i>	124	PREVYMIS	144
<i>perindopril erbumine</i>	51	<i>posaconazole</i>	137	PREZCOBIX	141
<i>perio gard</i>	65	<i>potassium chloride</i>	186, 187	PREZISTA	141
<i>permethrin</i>	71	<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	186	PRIFTIN	138
<i>perphenazine</i>	36	<i>potassium citrate</i>	187	PRIMAQUINE	31
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	134	<i>pr natal 400</i>	195	<i>primidone</i>	130
PERSERIS.....	36	<i>pr natal 400 ec</i>	195	PRIORIX (PF)	92
<i>pfizerpen-g</i>	116	<i>pr natal 430</i>	195	PRIVIGEN.....	87
<i>phenelzine</i>	134	<i>pr natal 430 ec</i>	195	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	69
<i>phenobarbital</i>	129	PRALUENT PEN.....	48	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	169
<i>phenylephrine hcl</i>	40	<i>pramipexole</i>	32	PRO COMFORT PEN NEEDLE	169
<i>phenytoin</i>	129	<i>prasugrel</i>	189	PROAIR RESPICLICK.....	64
<i>phenytoin sodium</i>	130	<i>pravastatin</i>	48	<i>probenecid</i>	26
<i>phenytoin sodium extended</i> .	129, 130	<i>prazosin</i>	40	<i>probenecid-colchicine</i>	27
<i>philith</i>	124	<i>prednicarbate</i>	68	<i>procainamide</i>	40, 41
PHOSLYRA.....	75	<i>prednisolone</i>	80	<i>prochlorperazine</i>	29
PIFELTRO	141	<i>prednisolone acetate</i>	98	<i>prochlorperazine edisylate</i>	29, 36
<i>pilocarpine hcl</i>	65, 94	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	80, 98	<i>prochlorperazine maleate</i>	29
<i>pimecrolimus</i>	68	<i>prednisone</i>	80	<i>proctosol hc</i>	68
<i>pimozide</i>	36	<i>pregabalin</i>	130	<i>proctozone-hc</i>	68
<i>pimtree (28)</i>	124	PREHEVBRIO (PF).....	91	PRODIGY INSULIN SYRINGE	169, 170
<i>pindolol</i>	42	PREMARIN.....	78, 79	<i>progesterone</i>	83
<i>pioglitazone</i>	23	PREMPHASE.....	79	<i>progesterone micronized</i>	83
<i>pioglitazone-metformin</i>	23	PREMPRO	79	PROGRAF	87
PIP PEN NEEDLE.....	169	<i>prenal true</i>	195	PROLASTIN-C.....	61
<i>piperacillin-tazobactam</i>	116	<i>prenaissance</i>	195	PROLIA	53
PIQRAY	13	<i>prenaissance plus</i>	195	PROMACTA	190, 191
<i>pirfenidone</i>	61	<i>prenatabs fa</i>	195	<i>promethazine</i>	30, 138
<i>pirmella</i>	124	<i>prenatal 19</i>	195		
<i>piroxicam</i>	105	<i>prenatal 19 (with docusate)</i> .	195		
PLASMA-LYTE A	186	<i>prenatal low iron</i>	195		
PLEGRIDY	59	<i>prenatal plus</i>	195		
<i>plerixafor</i>	190	<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	195		
<i>pnv 29-1</i>	195				

<i>promethegan</i>	30	RAYALDEE.....	54	<i>rivastigmine</i>	21
<i>propafenone</i>	41	<i>reclipsen (28)</i>	124	<i>rivastigmine tartrate</i>	21
<i>proparacaine</i>	99	RECOMBIVAX HB (PF).....	92	RIVFLOZA.....	101
<i>propranolol</i>	42	RECTIV	101	<i>rizatriptan</i>	27
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	42	REGANEX	70	<i>r-natal ob</i>	196
<i>propylthiouracil</i>	77	RELENZA DISKHALER ...	144	ROCKLATAN.....	94
PROQUAD (PF)	92	RELEUKO.....	191	<i>roflumilast</i>	61
PROSOL 20 %	39	RELION NEEDLES.....	171	ROLVEDON.....	191
<i>protamine</i>	187	RELION PEN NEEDLES ...	171	<i>ropinirole</i>	32
<i>protriptyline</i>	134	RELISTOR.....	74	<i>rosadan</i>	71
PULMOZYME.....	192	RENFLEXIS.....	87	<i>rosuvastatin</i>	48
PURE COMFORT ALCOHOL PADS.....	70	<i>repaglinide</i>	23	ROTARIX.....	92
PURE COMFORT PEN NEEDLE	170	<i>repaglinide-metformin</i>	23	ROTATEQ VACCINE.....	92
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	170	REPATHA PUSHTRONEX .	48	ROZLYTREK.....	13
PURIXAN	13	REPATHA SURECLICK.....	48	RUBRACA	14
<i>pyrazinamide</i>	138	REPATHA SYRINGE	48	<i>rufinamide</i>	130
<i>pyridostigmine bromide</i>	101	RESTASIS.....	98	RUKOBIA	141
<i>pyrimethamine</i>	31	RESTASIS MULTIDOSE....	98	RUXIENCE	14
Q		RETACRIT.....	191	RYBELSUS	23
QINLOCK.....	13	RETEVMO.....	13	RYBREVANT	14
QUADRACEL (PF).....	92	RETROVIR	141	RYDAPT.....	14
<i>quetiapine</i>	36	REVCOVI	193	S	
<i>quinapril</i>	51	<i>revonto</i>	194	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	171
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> 51		REXULTI	36	SAFETY PEN NEEDLE	171
<i>quinidine gluconate</i>	41	REYATAZ.....	141	<i>sajazir</i>	44
<i>quinidine sulfate</i>	41	REZLIDHIA	13	SANTYL.....	70
<i>quinine sulfate</i>	31	REZUROCK.....	87	<i>sapropterin</i>	193
QULIPTA.....	27	RHOPRESSA	94	SAVELLA	59
R		RIABNI	13	SCSEMBLIX	14
RABAVERT (PF)	92	<i>ribavirin</i>	145	<i>scopolamine base</i>	30
<i>rabeprazole</i>	73	RIDAURA.....	87	SECUADO.....	37
RADICAVA.....	59	<i>rifabutin</i>	138	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	171
<i>raloxifene</i>	79	<i>rifampin</i>	138	SECURESAFE PEN NEEDLE	171
<i>ramipril</i>	51	<i>rilpivirine</i>	141	<i>select-ob</i>	196
<i>ranolazine</i>	44	<i>riluzole</i>	59	<i>select-ob (folic acid)</i>	196
<i>rasagiline</i>	32	<i>rimantadine</i>	144	<i>selegiline hcl</i>	32
RASUVO (PF)	87	RINVOQ.....	88	<i>selenium sulfide</i>	71
RAVICTI.....	74	<i>risedronate</i>	54	SELZENTRY	142
		<i>risperidone</i>	36, 37		
		<i>risperidone microspheres</i>	36		
		<i>ritonavir</i>	141		
		RITUXAN HYCELA	13		

SEMGLEE(INSULIN GLARGINE-YFGN).....	25	SOMATULINE DEPOT	82	<i>sumatriptan-naproxen</i>	28
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN	25	SOMAVERT	82	<i>sunitinib malate</i>	14
<i>se-natal 19 chewable</i>	196	<i>sorafenib</i>	14	SUNLENCA	142
SEREVENT DISKUS	64	<i>sorine</i>	42	SUNOSI	55
SEROSTIM	82	<i>sotalol</i>	42	SUPPRELIN LA.....	82
<i>sertraline</i>	134	<i>sotalol af</i>	42	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS.....	70
<i>setlakin</i>	124	SPIRIVA RESPIMAT	64	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	172
<i>sevelamer carbonate</i>	75	SPIRIVA WITH HANDIHALER.....	64	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	172
<i>sevelamer hcl</i>	75	<i>spironolactone</i>	50, 51	SURE COMFORT PEN NEEDLE.....	172, 173
SEZABY	130	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	50	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	172
<i>sf 5000 plus</i>	65	SPRAVATO	134	SURE-FINE PEN NEEDLES	173
<i>sharobel</i>	125	<i>sprintec (28)</i>	125	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	173
SHINGRIX (PF).....	92	SPRITAM.....	130	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	70
SIGNIFOR	82	SPRYCEL.....	14	SUTAB	75
<i>sildenafil</i>	102	<i>sps (with sorbitol)</i>	74	<i>syeda</i>	125
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	102	<i>sronyx</i>	125	SYMDEKO.....	61
<i>silver sulfadiazine</i>	71	<i>ssd</i>	71	SYMJEPI	44
SIMBRINZA.....	94	<i>stavudine</i>	142	SYMLINPEN 120.....	23
<i>simliya (28)</i>	125	STELARA	88	SYMLINPEN 60.....	23
<i>simpesse</i>	125	STERILE PADS.....	172	SYMPAZAN.....	130
<i>simvastatin</i>	48	STIMUFEND	191	SYMTUZA	142
<i>sirolimus</i>	88	STIOLTO RESPIMAT	64	SYNAGIS	144
SIRTURO.....	138	STIVARGA.....	14	SYNAREL	82
SKY SAFETY PEN NEEDLE	171	STRENSIQ	193	SYNJARDY	23
SKYRIZI	88	<i>streptomycin</i>	111	SYNJARDY XR.....	23
SLYND.....	125	STRIBILD	142	SYNRIBO	14
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	187	STRIVERDI RESPIMAT.....	64	SYRINGE WITH NEEDLE, SAFETY	171
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	187	SUBLOCADE	19	T	
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	65	<i>subvenite</i>	130	TABLOID.....	14
<i>sodium oxybate</i>	55	<i>sucrafate</i>	73	TABRECTA	14
<i>sodium phenylbutyrate</i>	74	<i>sulfacetamide sodium</i>	96	<i>tacrolimus</i>	68, 88
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	74	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .	71	<i>tadalafil</i>	102
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	75	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	96		
SOLQUA 100/33	25	<i>sulfadiazine</i>	117		
SOLTAMOX.....	14	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	117		
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	80	<i>sulfasalazine</i>	52		
		<i>sulindac</i>	105		
		<i>sumatriptan</i>	27		
		<i>sumatriptan succinate</i>	28		

<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ...
..... 102	..... 142	97
TAFINLAR..... 14	TEPEZZA..... 99	<i>tolmetin</i> 105
<i>tafluprost (pf)</i> 94	TEPMETKO..... 15	<i>tolterodine</i> 76
TAGRISO..... 14	<i>terazosin</i> 76	TOPCARE CLICKFINE 175
TAKHZYRO..... 101	<i>terbinafine hcl</i> 137	TOPCARE ULTRA
TALTZ AUTOINJECTOR 88	<i>terbutaline</i> 64	COMFORT 176
TALTZ SYRINGE..... 88	<i>terconazole</i> 110	<i>topiramate</i> 130
TALVEY..... 14	<i>teriflunomide</i> 59	<i>toposar</i> 15
TALZENNA..... 14	<i>teriparatide</i> 54	<i>toremifene</i> 15
<i>tamoxifen</i> 15	TERUMO INSULIN SYRINGE	<i>toremide</i> 50
<i>tamsulosin</i> 76	..... 175	TOTECT 101
<i>tarina 24 fe</i> 125	<i>testosterone</i> 77	TOUJEO MAX U-300
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> 125	<i>testosterone cypionate</i> 77	SOLOSTAR..... 25
<i>taron-c dha</i> 196	<i>testosterone enanthate</i> 77	TOUJEO SOLOSTAR U-300
<i>taron-prex prenatal-dha</i> 196	TETANUS,DIPHThERIA TOX	INSULIN..... 26
TASCENSO ODT 59	PED(PF)..... 93	TRACLEER..... 102
TASIGNA 15	<i>tetrabenazine</i> 60	TRADJENTA 24
<i>tasimelteon</i> 55	<i>tetracycline</i> 118	<i>tramadol</i> 108
TAVALISSE..... 187	THALOMID..... 101	<i>tramadol-acetaminophen</i> 108
<i>tazarotene</i> 71	<i>theophylline</i> 64	<i>trandolapril</i> 51
TAZORAC..... 71	THINPRO INSULIN SYRINGE	<i>trandolapril-verapamil</i> 51
<i>taztia xt</i> 43	..... 175	<i>tranexamic acid</i> 187, 188
TAZVERIK..... 15	<i>thioridazine</i> 37	<i>tranlycypromine</i> 134
TDVAX..... 92	<i>thiothixene</i> 37	TRAVASOL 10 %..... 39
TECENTRIQ..... 15	<i>tiadylt er</i> 43	<i>travoprost</i> 95
TECHLITE INSULIN	<i>tiagabine</i> 130	TRAZIMERA 15
SYRINGE..... 174	TIBSOVO..... 15	<i>trazodone</i> 134
TECHLITE INSULN	TICE BCG..... 15	TRECTOR 138
SYR(HALF UNIT) ..173, 174	TICOVAC 93	TRELEGY ELLIPTA 64
TECHLITE PEN NEEDLE..174	<i>tigecycline</i> 118	TRELSTAR 15
TECVAYLI..... 15	<i>timolol maleate</i> 42, 94, 95	TREMFYA 88
TEFLARO..... 114	<i>tinidazole</i> 31	<i>treprostinil sodium</i> 103
<i>telmisartan</i> 45	<i>tiopronin</i> 76	<i>tretinoin</i> 71
<i>telmisartan-amlodipine</i> 45	TIVDAK..... 15	<i>tretinoin (antineoplastic)</i> 15
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	TIVICAY..... 142	<i>triamcinolone acetonide</i> .. 65, 68,
..... 46	TIVICAY PD..... 142	80
<i>temazepam</i> 21	<i>tizanidine</i> 194	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>
TEMIXYS..... 142	TOBI PODHALER 111	..... 50
<i>tencon</i> 108	<i>tobramycin</i> 97, 111	<i>triazolam</i> 21
TENIVAC (PF) 92, 93	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> . 111	<i>trientine</i> 110
	<i>tobramycin sulfate</i> 111	<i>tri-estarylla</i> 125
		<i>trifluoperazine</i> 37

<i>trifluridine</i>	97	TRUMENBA.....	93	ULTRA FLO INSUL	
<i>trihexyphenidyl</i>	32	TRUQAP	15	SYR(HALF UNIT)	180
TRIJARDY XR.....	24	TRUSELTIQ	15	ULTRA FLO INSULIN	
TRIKAFTA	61	TRUXIMA.....	16	SYRINGE	181
<i>tri-legest fe</i>	125	TUKYSA.....	16	ULTRA FLO PEN NEEDLE	
<i>tri-linyah</i>	125	<i>tulana</i>	126	.....	180, 181
<i>tri-lo-estarylla</i>	125	TURALIO.....	16	ULTRA THIN PEN NEEDLE	
<i>tri-lo-marzia</i>	125	<i>turqoz (28)</i>	126	.....	181
<i>tri-lo-mili</i>	125	TWINRIX (PF).....	93	ULTRACARE INSULIN	
<i>tri-lo-sprintec</i>	125	<i>tyblume</i>	126	SYRINGE	181
<i>trimethoprim</i>	112	TYBOST.....	101	ULTRACARE PEN NEEDLE	
<i>tri-mili</i>	125	TYMLOS.....	54	.....	181, 182
<i>trimipramine</i>	134	TYPHIM VI.....	93	ULTRA-THIN II (SHORT) INS	
TRINTELLIX.....	134	TYSABRI	88	SYR.....	182
<i>tri-nymyo</i>	125	TYVASO.....	103	ULTRA-THIN II (SHORT)	
TRIPTODUR	82	U		PEN NDL.....	182
<i>tri-sprintec (28)</i>	125	UBRELVY	28	ULTRA-THIN II INS PEN	
TRIUMEQ.....	142	UDENYCA.....	191	NEEDLES.....	182
TRIUMEQ PD.....	142	UDENYCA AUTOINJECTOR		ULTRA-THIN II INSULIN	
<i>triveen-duo dha</i>	196	.....	191	SYRINGE	182
<i>trivora (28)</i>	125	UDENYCA ONBODY	191	UNIFINE PEN NEEDLE	182
<i>tri-vylibra</i>	126	ULTICARE	178, 179	UNIFINE PENTIPS....	168, 182,
<i>tri-vylibra lo</i>	126	ULTICARE INSULIN		183	
TRIZIVIR.....	142	SYRINGE.....	178	UNIFINE PENTIPS	
TROGARZO	142	ULTICARE INSULN		MAXFLOW	183
TROPHAMINE 10 %	39	SYR(HALF UNIT).....	178	UNIFINE PENTIPS PLUS..	183
<i>trosipium</i>	76	ULTICARE PEN NEEDLE	178	UNIFINE PENTIPS PLUS	
TRUE COMFORT ALCOHOL		ULTICARE SAFETY PEN		MAXFLOW	183
PADS.....	70	NEEDLE.....	178	UNIFINE PROTECT.....	183
TRUE COMFORT INSULIN		ULTIGUARD SAFEPACK-		UNIFINE SAFECONTROL	183
SYRINGE.....	176	INSULIN SYR	179	UNIFINE ULTRA PEN	
TRUE COMFORT PEN		ULTIGUARD SAFEPACK-		NEEDLE.....	183, 184
NEEDLE	176, 177	PEN NEEDLE	179	UPTRAVI.....	103
TRUE COMFORT PRO		ULTILET ALCOHOL SWAB		<i>ursodiol</i>	74, 75
ALCOHOL PADS.....	70	.....	70	UZEDY	37
TRUE COMFORT PRO INS		ULTILET INSULIN SYRINGE		V	
SYRINGE.....	176, 177	.....	162, 163, 179, 180	<i>valacyclovir</i>	145
TRUE COMFORT SAFETY		ULTILET PEN NEEDLE....	180	VALCHLOR.....	70
PEN NEEDLE.....	176	ULTRA CMFT INS SYR		<i>valganciclovir</i>	145
TRUEPLUS INSULIN.	177, 178	(HALF UNIT).....	161, 172	<i>valproate sodium</i>	130
TRUEPLUS PEN NEEDLE.	177	ULTRA COMFORT INSULIN		<i>valproic acid</i>	131
TRULICITY.....	24	SYRINGE.....	156, 161, 180		

<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	V-GO 30	185	WEBCOL	70
.....	V-GO 40	185	WELIREG	17
<i>valsartan</i>	<i>vienna</i>	126	<i>wera (28)</i>	126
.....	<i>vigabatrin</i>	131	<i>wixela inhub</i>	62
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>vigadrone</i>	131	X	
.....	<i>vigpoder</i>	131	XADAGO	32
VALTOCO	<i>vilazodone</i>	134	XALKORI	17
<i>vancomycin</i>	VIMIZIM	193	XARELTO	189
VANFLYTA	<i>vinate care</i>	196	XARELTO DVT-PE TREAT	
VANISHPOINT INSULIN	<i>vinblastine</i>	16	30D START	189
SYRINGE	<i>vincasar pfs</i>	16	XATMEP	17
VANISHPOINT SYRINGE	<i>vincristine</i>	16	XCOPRI	131
VAQTA (PF)	<i>vinorelbine</i>	16	XCOPRI MAINTENANCE	
<i>varenicline</i>	<i>viorele (28)</i>	126	PACK	131
VARIVAX (PF)	VIRACEPT	142	XCOPRI TITRATION PACK	
VASCEPA	VIREAD	142, 143	.....	131
VEGZELMA	<i>virt-c dha</i>	196	XELJANZ	89
VEKLURY	<i>virt-nate dha</i>	196	XELJANZ XR	89
VELCADE	<i>virt-pn dha</i>	196	XERMELO	75
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	<i>virt-pn plus</i>	196	XGEVA	54
.....	VISTOGARD	101	XHANCE	98
VELPHORO	<i>vitafol gummies</i>	196	XIFAXAN	112
VELTASSA	<i>vitafol nano</i>	196	XIGDUO XR	24
VEMLIDY	<i>vitafol-ob+dha</i>	196	XIIDRA	98
VENCLEXTA	VITRAKVI	16	XOFLUZA	144
VENCLEXTA STARTING	VIZIMPRO	16	XOLAIR	61
PACK	VOCABRIA	143	XOSPATA	17
<i>venlafaxine</i>	<i>volnea (28)</i>	126	XPOVIO	17
.....	VONJO	17	XTAMPZA ER	108
<i>venlafaxine besylate</i>	<i>voriconazole</i>	137	XTANDI	17
.....	VOSEVI	143	<i>xulane</i>	126
<i>verapamil</i>	VOWST	101	XULTOPHY 100/3.6	26
.....	<i>vp-ch-pnv</i>	196	XYOSTED	77
VERIFINE INSULIN	<i>vp-pnv-dha</i>	196	Y	
SYRINGE	VPRIV	193	<i>yargesa</i>	193
VERIFINE PEN NEEDLE	VRAYLAR	37, 38	YERVOY	17
.....	VUMERITY	60	YF-VAX (PF)	93
VERIFINE PLUS PEN	<i>vyfemla (28)</i>	126	YONSA	17
NEEDLE	<i>vylibra</i>	126	<i>yuvafem</i>	79
VERIFINE PLUS PEN	VYZULTA	95	Z	
NEEDLE-SHARP	W		<i>zafemy</i>	126
VERQUVO	<i>warfarin</i>	189	<i>zafirlukast</i>	63
VERSACLOZ				
VERSALON				
VERZENIO				
<i>vestura (28)</i>				
V-GO 20				

<i>zaleplon</i>	55	ZIEXTENZO	191	<i>zonisamide</i>	131
<i>zarah</i>	126	<i>zingiber</i>	196	<i>zovia 1-35 (28)</i>	126
ZARXIO.....	191	<i>ziprasidone hcl</i>	38	ZTALMY	131
<i>zatean-pn dha</i>	196	<i>ziprasidone mesylate</i>	38	ZTLIDO	109
<i>zatean-pn plus</i>	196	ZIRABEV	18	<i>zumandimine (28)</i>	126
<i>zebutal</i>	109	ZIRGAN	97	ZURZUVAE	134, 135
ZEGALOGUE		ZOLADEX	18	ZYDELIG	18
AUTOINJECTOR.....	102	<i>zoledronic acid</i>	54	ZYKADIA	18
ZEGALOGUE SYRINGE ...	102	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>		ZYLET	97
ZEJULA	17, 18	.....	54	ZYMFENTRA	102
ZELBORAF	18	ZOLINZA.....	18	ZYNLONTA.....	18
<i>zenatane</i>	70	<i>zolmitriptan</i>	28	ZYNYZ.....	18
ZENPEP	193	<i>zolpidem</i>	55	ZYPREXA RELPREVV	38
<i>zidovudine</i>	143	ZONISADE	131		



Requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es ilegal

Clever Care Health Plan Inc. (en lo sucesivo, Clever Care) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Clever Care no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Clever Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de signos.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711).

Si cree que Clever Care no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e identidad de género), puede presentar una queja ante:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

Correo electrónico: civilrightscordinator@ccmapd.com

Fax: (657) 276-4721

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de Clever Care está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo postal a: 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). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 388-8168 (TTY:711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (Spanish): Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 388-8168 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 (833) 808-8153 (TTY:711) (普通话)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 (833) 808-8161 (TTY:711) (粵語)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 388-8168 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 388-8168 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 808-8163 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 388-8168 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 808-8164 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 388-8168 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 388-8168 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (833) 388-8168 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 388-8168 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 388-8168 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 388-8168 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 388-8168 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 388-8168 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយណាដែលអ្នកមានស្តីអំពីគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (833) 388-8168 (TTY:711) ។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរណាម្នាក់អាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามที่คุณอาจมีเกี่ยวกับสุขภาพหรือยาของเรา หากคุณต้องการล่ามแปลภาษาไทย เพียงโทรหาเราที่ (833) 388-8168 (TTY:711) บุคคลที่พูดภาษาอังกฤษสามารถช่วยคุณได้ นี่คือการบริการฟรี

Este formulario se actualizó el 01/05/2024. Para obtener información más reciente u otras preguntas, comuníquese con el Servicio al Cliente de Clever Care Health Plan al **1-833-388-8168 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre, los días de la semana, o visite **es.clevercarehealthplan.com/formulary**.